

PD-ARR-078
12-275

**REPORTE DE LA EVALUACION FINAL
DEL PROYECTO**

**“PRIVATE VOLUNTARY ORGANIZATION FAMILY
PLANNING”**

**Lima - Perú
Agosto 1997**

BEST AVAILABLE COPY

A

Bibliographic Elements

#6

TITLE

Reporte de la Evaluacion Final del Proyecto "Private Voluntary Organization Family Planning"

AUTHOR

Fernando Llanos, Irma Ramos, Nancy Palomino, Luz Illescas

PROJECT NUMBER

527-0335 - Private Voluntary Sector Family Planning Services Expansion

CONTRACT NUMBER

SPONSORING USAID OFFICE

Health Population and Nutrition

CONTRACTOR NAME

Fernando Llanos Irma Ramos Nancy Palomino Luz Illescas

DATE OF PUBLICATION

Agosto 1997

STRATEGIC OBJECTIVE

SO3 - Improved Health, including Family Planning of High-Risk Populations

EQUIPO EVALUADOR

Dr. Fernando Llanos Z

Dra. Irma Ramos

Lic Nancy Palomino

Dra Luz Illescas

INDICE

I	INTRODUCCION	3
II	MODELO TEORICO PARA LA EVALUACION	6
III	METODOLOGIA	10
3 1	OBJETIVOS	10
3 2	PLAN DE TRABAJO	12
3 2 1	DE LOS INSTRUMENTOS	13
3 3	LIMITACIONES	15
3 3 1	EVALUACION DE UN PROYECTO FINALIZADO EN JUNIO 1997	15
3 3 2	BREVEDAD EN LA DURACION DE LA EVALUACION	16
3 3 3	PRESUPUESTO	17
IV	CONTEXTO POLITICO	17
4 1	POLITICAS A NIVEL MUNDIAL	17
4 2	POLITICAS EN SALUD REPRODUCTIVA DESDE MEDIADOS DE LA DECADA DE LOS 70	19
4 3	POLITICAS DE USAID-PERU	25
4 4	A LA LUZ DE LA REFORMA DEL SECTOR	26
V	ANÁLISIS INSTITUCIONAL	28
5 1	INFRAESTRUCTURA Y LOCALIZACION	28
5 2	ORGANIZACION	29
5 3	RELACIONES INTERINSTITUCIONALES	32
5 3 1	MINISTERIO DE SALUD	32
5 3 2	GOBIERNOS MUNICIPALES	36
5 3 3	COMUNIDADES	36
5 3 4	OTRAS INSTITUCIONES	37
5 4	SISTEMA DE REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA	37
5 5	ANALISIS DE RECURSOS HUMANOS	38
5 5 1	RECURSOS HUMANOS	38
5 5 2	REMUNERACIONES	40
5 5 3	CAPACITACION RECIBIDA	42
5 5 4	NECESIDADES DE CAPACITACION	44
5 5 5	EVALUACION DEL PERSONAL	48
5 6	INSUMOS Y EQUIPOS PARA ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR	49
5 6 1	EQUIPAMIENTO	49
5 6 2	INSUMOS DE PLANIFICACION FAMILIAR - LOGISTICA	52
5 7	GESTION ORGANIZACIONAL	52
5 7 1	PLANES OPERATIVOS	52
5 7 2	SUPERVISIONES	56
5 7 3	TOMA DE DECISIONES	60
5 8	GESTION FINANCIERA	65
5 8 1	COSTOS	65
5 9	PRESTACION DE SERVICIOS	68
5 9 1	FLUJOGRAMA – Prestacion de Servicios	70
5 10	INFORMACION EDUCACION COMUNICACION	71

5 10 1 Zona Trujillo	71
5 10 2 Zona Cusco	72
5 10 3 Zona Puno	72
5 10 4 Zona Tarapoto	72
5 10 5 Zona Huancayo	73
5 10 6 Zona Lima	73
5 11 COBERTURAS Y ESTADISTICAS	73
5 12 UTILIZACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS	78
5 12 1 Zona Tarapoto	78
5 12 2 Zona Trujillo	79
5 12 3 Zona Huancayo - Chupaca	79
5 12 4 Zona Puno	80
5 12 5 Zona Cusco	80
5 12 6 Zona Lima	81
VI CALIDAD DE ATENCION EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	82
6 1 RESULTADOS	86
6 1 1 CAPACIDAD TECNICA DE LOS PROVEEDORES	86
6 1 2 RELACIONES INTERPERSONALES PROVEEDOR-CLIENTE	89
6 1 3 MECANISMOS DE SEGUIMIENTO AL CLIENTE	90
6 1 4 CONSTELACION Y ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS	91
6 1 5 OFERTA DE AMPLIA GAMA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	92
6 1 6 ACCESIBILIDAD DEL CLIENTE A LOS SERVICIOS	92
VII ASPECTOS CULTURALES Y DE GENERO	97
7 1 SALUD REPRODUCTIVA Y GENERO EN EL PROYECTO	97
7 1 1 ENFOQUE DE GENERO Y SALUD REPRODUCTIVA EN LA FORMULACION DEL PROYECTO	97
7 1 2 Aproximacion a la situacion de la salud reproductiva en los departamentos donde se implementa el proyecto	98
7 1 3 Evaluacion de los aspectos culturales y de genero en la implementacion del proyecto	103
7 2 DESDE LAS MUJERES Y HOMBRES DE LA COMUNIDAD	105
7 2 1 Trabajo con promotoras y promotores voluntarios	105
7 2 2 Estrategias de trabajo con jovenes	107
7 2 3 Relaciones de genero y autonomia en las decisiones	108
7 2 4 Estrategias institucionales	110
7 2 5 Aceptacion de la poblacion a las ONGs	112
VIII CONCLUSIONES	114
IX RECOMENDACIONES	119
X ANEXOS	124

I INTRODUCCION

Durante el gobierno del Presidente García se dieron los primeros lineamientos políticos en Salud Reproductiva. Lamentablemente, ello no fue acompañado de acciones concretas en el impulso de estas actividades. A esto se añadió la no elegibilidad de nuestro país en el sistema económico-financiero, que sumado a los elevados niveles de violencia terrorista que caracterizaron la inestabilidad política y económica, durante este periodo gubernamental, generaron una crisis en el Sector Salud.

En el Sector, ello se tradujo en una escasa o nula presencia de establecimientos de salud, y en aquellas zonas donde existían, muchas veces no se contaba con personal profesional y/o técnico para la prestación de salud. Esta realidad de los establecimientos de salud era más notoria en las zonas rurales o alejadas, principalmente de la Sierra y Selva del país.

El personal que laboraba en estos establecimientos, generalmente no estaba debidamente capacitado en tópicos de planificación familiar y salud reproductiva. A ello se agregaba el escaso apoyo económico para la ejecución de actividades de difusión y promoción en salud reproductiva.

A pesar de la alta tasa de mortalidad materna y perinatal, alta morbilidad y mortalidad por patología ginecológica, así como los elevados niveles de demanda insatisfecha en planificación familiar, la prestación de servicios de planificación familiar por el Ministerio de Salud se limitaba, principalmente, a la entrega de métodos anticonceptivos a los usuarios que acudían a solicitarlos en los establecimientos de salud, sin ningún tipo de educación previa al usuario y al grupo familiar respectivo. En consecuencia, estos servicios eran ofertados en forma irregular y esporádica.

En este contexto, diversas Organizaciones Privadas Voluntarias (PVOs) empezaron a trabajar en salud reproductiva. Sus actividades no solo se limitaban a la distribución de métodos anticonceptivos, sino que buscaron extender sus acciones a un área más amplia como es la salud reproductiva (en el sentido amplio de la palabra) apoyada mediante la

educación y difusión en la demanda pasiva evitando las oportunidades perdidas. También buscaron promover el trabajo activo con la comunidad. Promotores, Clubes de Madres, Vaso de Leche, etc.

En el año 1989, USAID-Perú financió el proyecto “PVO Family Planning Service Expansion” (PVFP) que fue implementado por la Asociación Benéfica PRISMA como institución intermediadora. Esta institución tenía la responsabilidad de administrar los fondos y realizar el monitoreo, supervisión y evaluación de los programas financiados por el proyecto en un grupo de organizaciones privadas voluntarias (PVOs): PRISMA-Trujillo (Inicialmente CENPROF en La Libertad), INPPARES (Lima, Junín y San Martín), PLANIFAM (Cusco) y PLANFAMI (Puno).

A inicios de 1994, se aprobó una extensión del proyecto, con el fin de ampliar la prestación de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva hacia zonas, preferentemente rurales, con mayor necesidad en salud reproductiva en los departamentos de La Libertad, Junín, San Martín, Puno y Cusco.

A lo largo de la implementación del proyecto y de sus extensiones, se realizaron una serie de estudios tales como los ENSAMIR (Encuesta de Salud Materno Infantil Rural) I y II, los estudios cualitativos, y los estudios de costos, entre otros. Estos deberían proporcionar la información necesaria para una adecuada toma de decisiones institucional de manera que se pudiesen optimizar estrategias y recursos, generando servicios efectivos, eficientes y de calidad. Por ejemplo, el ENSAMIR I tenía por finalidad establecer el nivel basal de las necesidades en salud y utilización de los servicios en las áreas de influencia. El ENSAMIR II buscó evaluar el impacto de las actividades realizadas durante el proyecto PVFP, sin embargo el uso de una metodología distinta a la inicial invalidó la evaluación.

Para complementar e integrar el análisis de las múltiples experiencias desarrolladas a lo largo del proyecto, se planeó la ejecución de una evaluación post-hoc con el objetivo de profundizar en los diferentes aspectos organizacionales y de gerencia, culturales y de

calidad de atención de las diferentes clínicas comunitarias de las PVOs, especialmente durante el periodo de la extensión. El análisis de estos aspectos se realiza tanto desde la óptica del prestador como la del usuario.

A través de esta evaluación se busca aprender de las experiencias positivas y negativas, en la ejecución del Proyecto, poniendo especial énfasis en rescatar los procesos y estrategias exitosas, en las diferentes áreas de influencia, con el fin de obtener información valiosa para la implementación del Proyecto ALCANCE.

II MODELO TEORICO PARA LA EVALUACION

Es necesario una claridad de pensamiento en todas las etapas de la evaluacion. Mas aun, se requiere claridad en la definicion del propio proceso evaluativo. Existen diferentes maneras en las cuales la estructura de pensamiento sobre la evaluacion puede construirse.

El uso general del termino "evaluar" ha sido definido como "determinar la cantidad de", "encontrar la expresion numerica para". En el contexto de proyectos de salud o servicios de salud esta nocion se amplia, para definir a la evaluacion como el analisis crítico lo mas objetivo posible o el grado en que los servicios total o parcialmente han alcanzado las metas preestablecidas.¹

Dos elementos de esta definicion merecen particular atencion. La referencia a las metas hace explicita la demanda de que la evaluacion requiere una comparacion entre lo logrado por un servicio o procedimiento con algun estandar. Este estandar puede ser absoluto o comparativo. La eleccion del estandar apropiado puede ser dificil. La falta de estándares apropiados y validados, usualmente deja a los posibles evaluadores y a quienes deben tomar decisiones como resultado de las evaluaciones, con una cantidad de "datos" con los cuales no es posible realizar un analisis estadistico que permita llegar a conclusiones inequivocas.

El segundo elemento clave de la definicion es la objetividad. En la medida que la mayoría de los hallazgos sean considerados independientes de los juicios y/o prejuicios de los evaluadores y aquellos que deleguen la evaluacion, mayor será el poder del estudio para influenciar otra gente. Sin embargo, los juicios siempre juegan parte en la evaluación en la determinacion de los terminos de referencia de la misma, en los procedimientos de medicion y en la interpretacion de los hallazgos. Por tanto, cualquier juicio considerado necesario, debe ser hecho explicito pudiendo estar sujeto a críticas.

¹ St Leger AS, Schneiden H, Wallsworth-Bell JP *Evaluating health services' effectiveness* Open University Press 1993

El interés primario de cualquier evaluación está relacionado al análisis de la efectividad de una estrategia o intervención en salud, como es nuestro caso. Esto debe estar reflejado en las metas escogidas para la evaluación. Esta es la razón por la que parte del análisis de los datos recolectados se centra en la variación de algunos indicadores en salud reproductiva como consecuencia de la implementación del proyecto PVFP.

Otra definición útil para entender la magnitud de una evaluación es "La aplicación sistemática de procedimientos de investigación social para determinar la conceptualización, diseño, implementación y utilidad de los programas de intervención social"². Esta definición añade a la anterior el concepto de la evaluación de las formas en que se comportan las personas, los servicios, las políticas y los programas.

Donabedian, reportó que cualquier evaluación de los servicios de salud debe mirar a tres elementos estrechamente relacionados: insumos ("inputs"), procesos ("process"), y resultados ("outcome"). Las clasificaciones sobre el proceso de producción se han ido modificando desde la primera clasificación de Donabedian.³ Basadas en las revisiones últimas de la literatura, para esta evaluación se ha considerado los siguientes elementos: insumos ("inputs"), procesos ("process"), productos ("outputs"), e impacto ("outcome"). Esta lógica del proceso de producción rescata las fortalezas de las definiciones previas.

Los insumos, en su sentido amplio, comprenden las características relativamente estables de un servicio: la distribución y calificación del personal, el número, tamaño, equipamiento, y distribución geográfica de los establecimientos. También incluye la forma en que el personal está organizado y algunos componentes de su relación, tales como las líneas jerárquicas de mando. Puestos juntos, estos elementos de estructura constituyen el ambiente en el cual se realiza la prestación de servicios.

² Rossi PH, Freeman HE. *Evaluation: A Systematic Approach*. Sage Publications. Fourth Edition. 1989.

³ See Aga Khan Foundation modules. *Primary Health Care Management Advancement Programme*. 1997.

El aspecto de "proceso" de los servicios de salud esta relacionado a como es que estan organizadas y se realizan las actividades. Tambien comprende la manera en que estas actividades interactuan. Los procesos pueden ser examinados en detalle o pueden ser resumidos en terminos de indices, tales como el tiempo de espera e intervalo de recambio entre otros, o como mediciones de calidad de atencion. Los efectos de los procesos pueden ser cuantificados en terminos del numero total de personas de las comunidades que fueron atendidas por el servicio durante un año.

El proceso de prestacion de atencion incluye la accesibilidad, la performance del prestador de salud, en terminos de adecuacion de los servicios prestados, y finalmente la gama de actividades que se realizan dentro y entre los prestadores y los usuarios, incluyendo las relaciones interpersonales. Sin embargo, considerados aisladamente los aspectos de proceso no proporcionan mucha informacion sobre la efectividad del servicio.

Los productos son definidos como el numero de actividades realizadas por una institucion o servicio de salud, por ejemplo, numero de consultas, numero de DIUs insertados, etc. Las actividades desarrolladas pueden o no estar relacionadas con cambios en los conocimientos, actitudes, practicas y percepciones de la poblacion. Los cambios positivos (mejoras) en esto ultimo, están asociadas al exito y sostenibilidad de un proyecto o intervencion en salud.

El impacto esta relacionado con el cambio en la salud de los individuos y comunidades debido a la implementacion de un proyecto o servicio. En sentido amplio, luego de toda intervencion se espera que el paciente y la comunidad logren ciertos beneficios. El beneficio recibido por el contacto con el servicio puede ser analizado en relación a los beneficios recibidos por cada uno de los componentes del servicio. El impacto global de los diversos procedimientos agregados sobre la totalidad de pacientes es una medicion de la efectividad del servicio en la comunidad.

Es importante entender que una evaluación que toca solo un aspecto, puede indudablemente aumentar nuestro conocimiento en esa area, pero el "exito" o el conocimiento en un eslabon de la cadena de produccion no puede ser extrapolado a los otros. Por todo lo descrito, esta evaluacion incluye el contexto politico, las percepciones de los prestadores y usuarios sobre los logros y las limitaciones, todo ello analizado desde la logica del pensamiento estratégico.

III METODOLOGIA

3 1 OBJETIVOS

En general, la evaluacion estara dirigida a tres aspectos del proyecto para evaluar las lecciones aprendidas del pasado y la experiencia acumulada de las PVOs participantes en el proyecto que seran valiosas como guias para las futuras decisiones de trabajo con las PVOs, a la luz del nuevo proyecto ALCANCE. Los tres objetivos generales son los siguientes

- 1 Determinar el grado de exito alcanzado por las PVOs en la prestacion de servicios de salud reproductiva a poblaciones en areas urbanas, periurbanas y rurales
- 2 Revisar la organizacion, administracion y tecnicas en gerencia empleadas por cada PVO durante el proyecto, para determinar las practicas de gerencia y administracion que han alcanzado los mejores resultados
- 3 Evaluar las reacciones de las comunidades hacia los servicios proporcionados por las PVOs y en que forma estas han respondido a las necesidades percibidas por los usuarios

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 Determinar si los logros de las PVOs demuestran su capacidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes, de ser pioneros y los únicos prestadores del servicio bajo condiciones restrictivas de competencia con los servicios del Ministerio de Salud y/o hallar nuevas areas para la prestacion de servicios de salud a los mas necesitados. Esta determinacion requiere una evaluacion de las condiciones cambiantes, dada la politica agresiva en la prestación de servicios de salud reproductiva desarrollada por el gobierno peruano

- 2 Determinar el cumplimiento de los indicadores establecidos en la Extensión 4, enumerando el cumplimiento de las metas para cada objetivo. Debe prestarse especial atención a la performance de las PVOs en mejorar la calidad de atención y los logros en la oferta de servicios rurales.
- 3 Revisar y analizar la organización y gerencia en las PVOs para la prestación de servicios de salud reproductiva y determinar cuáles han sido las PVOs de mayor y menor éxito, e identificar las razones para los resultados observados.
- 4 Analizar los aspectos financieros del proyecto para determinar el mejor uso de los fondos, por ejemplo, establecer el costo de la prestación de servicios en cada área (urbano, peri urbano y rural), y determinar qué estrategia de prestación es la más costo efectiva, manteniendo una adecuada calidad de atención a los usuarios. Ello requiere un análisis de las tareas administrativas, así como del personal idóneo para los servicios, costos de infraestructura, transporte, equipamiento incluyendo anticonceptivos y otros factores que contribuyen a los costos en la prestación de servicios.
- 5 Determinar el grado en el cual los factores de costos se han interrelacionado con la prestación de servicios de calidad y qué recursos son necesarios para brindar un mejor servicio a las comunidades y usuarios, de manera que se satisfaga sus necesidades en salud reproductiva de manera óptima.
- 6 Evaluar la performance de PRISMA como agencia implementadora y su rol en logro de los objetivos del proyecto y las metas establecidas en la Extensión 4.
- 7 Evaluar la sostenibilidad institucional y social de las PVOs e identificar las condiciones que deben existir para alcanzar esta.

3 2 PLAN DE TRABAJO

La presente evaluación enmarcada dentro de modelo teórico sugerido, es concebida como un estudio transversal descriptivo de tipo retrospectivo. Para ello, se elaboraron algunos instrumentos y guías de aplicación para grupos focales y entrevistas en profundidad y se utilizaron instrumentos validados para la medición de la calidad de atención.

Para determinar la muestra a ser evaluada, se realizó una selección por conveniencia. Los criterios utilizados para ello fueron la localización (rural/urbano), el número de actividades y coberturas reportadas en informes previos, así como la accesibilidad a las Clínicas Comunitarias. Los establecimientos se muestran a continuación (Tabla 1).

Una vez seleccionadas estas clínicas, se procedió a la aplicación de los instrumentos tal como se describe en la siguiente sección.

TABLA 1
CLINICAS COMUNITARIAS SELECCIONADAS

ZONAS - PVOs	CLINICAS COMUNITARIAS
1 PRISMA - TRUJILLO	a) La Esperanza b) Julcan c) Chepen
2 INPPARES - JUNIN	a) Huancayo b) Chupaca
3 INPPARES - TARAPOTO	a) Banda de Shilcayo
4 INPPARES - LIMA	a) San Juan de Lurigancho b) Los Olivos c) Comas
5 PLANFAMI - PUNO	a) Puno b) Pallalla c) Equipo móvil Cuchoesqueña
6 PLANIFAM - CUSCO	a) Cusco Clinica Central b) Simon Herrera c) San Pedro d) Calca

3 2 1 DE LOS INSTRUMENTOS

3 2 1 1 Para la evaluación organizacional

En cada una de las instituciones visitadas se aplicaron 4 instrumentos

- 1 Cuestionario Nivel Central Zonal aplicado al director central de cada una de ellas INPPARES PLANFAMI, PLANIFAM, y PRISMA (Trujillo)
- 2 Encuesta Sistema de Gestion - 1997 - Jefe Administrativo del Establecimiento aplicada al coordinador o encargado de cada una de las clínicas
- 3 Ficha para trabajadores del Establecimiento - 1997 aplicada a todo el personal que desarrolla actividades asistenciales y/o de consejería
- 4 Guía para reunion con equipos de centros para ser desarrolladas mediante entrevistas grabadas con los grupos de trabajo de cada una de las sedes seleccionadas (Ver Anexo 1)

A traves de estos instrumentos se colecto informacion sobre infraestructura, equipamiento, organizacion, personal y necesidades de capacitacion, costos y captacion de recursos, toma de decisiones (planes operativos y economicos), relaciones interinstitucionales, estrategias de captacion, material IEC, coberturas

Asimismo se revisaron los diferentes documentos relacionados a la organizacion y gestion institucional, los cuales fueron proporcionados por USAID, AB PRISMA y cada una de las instituciones visitadas, entre los cuales se incluyen Estudios de Costos, Planes Operativos, Reportes de productividad, Inventario de bienes, Reportes de evaluaciones supervisiones y autoevaluaciones, entre otros Se evaluo la calidad de los mismos asi como su influencia en los cambios o mejoras en las estrategias de intervencion y en la toma de decisiones gerenciales

3 2 1 2 *Para la evaluación de la calidad de atención*

Se utilizaron los siguientes instrumentos

- 1 Test de conocimientos de Planificación familiar versión 5 2, validado por Population Council, para determinar el nivel de conocimientos de la totalidad de los trabajadores de los establecimientos seleccionados que realizan labor asistencial
- 2 Guía de observación de la interacción entre el usuario y el proveedor del servicio, validado por Population Council, para ser aplicada a dos usuarias como mínimo atendidas en los establecimientos seleccionados
- 3 “Entrevista de Salida para Usuarias de Planificación Familiar”, validada por Population Council, para ser aplicada a dos usuarias como mínimo atendidas durante el trabajo de campo, evitando así el sesgo de memoria de las pacientes (Ver Anexo 1)

3 2 1 3 *Para el análisis de los aspectos culturales*

Se diseñaron dos guías de aplicación

- 1 Una guía para el Grupo Focal con Promotores/as para ser desarrollada mediante la técnica de grupo focal con los promotores de salud, los cuales debían ser convocados por sus respectivas instituciones. Los grupos focales debían aplicarse uno por cada establecimiento seleccionado, como mínimo
- 2 Una guía de entrevista en profundidad a usuarias la cual debía ser aplicada a dos personas de las comunidades de influencia de cada uno de los establecimientos seleccionados. Estas personas podían ser o no usuarias actuales del establecimiento (Ver Anexo 1)

Asimismo se realizaron observaciones de la interacción entre prestadores y usuarias y entre usuarias entre sí

Con estos métodos se buscó analizar y profundizar en temas tales como género, diferencias entre salud reproductiva y planificación familiar, nivel de aceptación de los diferentes métodos de planificación familiar, nivel de aceptación de las diversas estrategias de aproximación al trabajo en comunidad, entre otros

Además del análisis de los instrumentos aplicados se revisaron los estudios cualitativos realizados en las zonas ámbito del estudio

Cabe mencionar que esta división de las partes es eminentemente académica, pues debido a la estrecha interrelación e interacción de cada una de los aspectos evaluados, la mayor parte de la información recogida por los instrumentos sirvió de insumo complementario en el análisis de cada uno de los aspectos

3 3 LIMITACIONES

La presente evaluación ha tenido una serie de limitaciones que no han permitido que esta fuera más exhaustiva

3 3 1 EVALUACION DE UN PROYECTO FINALIZADO EN JUNIO 1997

El proyecto objeto del presente estudio finalizó en Junio de 1997, habiendo sido ejecutado por PVOs que dependían financieramente de los fondos del este proyecto. Una vez concluido el proyecto, estas sufrieron recorte presupuestal y, por ende, cambio de personal. Todo lo anterior hace que el análisis actual no necesariamente represente la realidad bajo la cual el proyecto se desarrolló. Sin embargo, esta dificultad puede ser considerada como una ventaja en tanto cuanto nos permite percibir la capacidad

convocante y de autosostenibilidad de las diferentes Instituciones

Es por lo anteriormente descrito que buena parte de la evaluación esta centrada en la revisión de documentos y en las conversaciones con el personal que estuvo en la ejecución del mismo

3.3.2 BREVEDAD EN LA DURACION DE LA EVALUACION

La presente evaluación ha tenido una corta duración (30 días calendario), lo cual ha implicado

- La imposibilidad de la visita del equipo en su conjunto a la totalidad de establecimientos de las PVOs, teniendo que dividirse el equipo en dos grupos de trabajo, para poder acceder a las zonas periféricas alejadas y de difícil acceso debido a los cambios climáticos sucedidos en esa época del año (Julio - Agosto 1997)
- Dificultad en la aplicación de la totalidad de los instrumentos elaborados en todas las zonas programadas puesto que en dos a tres días de permanencia, no se podía convocar a los grupos focales, o no había suficiente afluencia de pacientes como para aplicar todos los instrumentos o incluso acompañar a los equipos en el trabajo itinerante
- Limitaciones en la convocatoria de promotores, especialmente los de las zonas más alejadas, por ser muy corto el tiempo entre la coordinación con las PVOs por parte del equipo evaluador y el momento de nuestra visita. Ello se tradujo en la escasa o nula presencia de promotores de las zonas alejadas (Huancayo, Tarapoto, Puno, Cusco)
- Que no se pudiese observar de manera más amplia el desarrollo del trabajo cotidiano tanto en los servicios fijos como en los itinerantes

- La observacion de un escaso numero de ^{usuarios} pacientes y las entrevistas con mujeres en edad fértil, en cada una de las zonas
- La imposibilidad de realizar evaluaciones mas exhaustivas del desempeño y organizacion de los servicios y clinicas de las PVOs
- Finalmente, dado que el objetivo de la evaluacion era aprender de las experiencias, hubiese sido conveniente tener opcion de hacer un analisis de los aprendizajes

3 3 3 *PRESUPUESTO*

Para realizar una evaluacion completamente integral y para satisfacer las expectativas de la entidad contratante hubiese sido adecuado el viaje del equipo en conjunto por periodos de una semana en cada zona, esto no se pudo realizar debido a la brevedad del periodo de evaluacion y al corto presupuesto programado para la misma

IV CONTEXTO POLITICO

4 1 POLITICAS A NIVEL MUNDIAL

En los últimos años, ha habido cambios importantes en materia de políticas de población, introduciendo nuevos enfoques en salud reproductiva y derechos reproductivos. Dos escenarios importantes para el logro de consensos internacionales sobre esta materia fueron la Conferencia Internacional sobre la Poblacion y el Desarrollo de las Naciones Unidas y la Conferencia Mundial sobre la mujer en 1995, donde se ratificaron los principales acuerdos de la primera

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) reconoció los derechos reproductivos como derechos humanos. Los derechos reproductivos incluyen el derecho de las parejas y los individuos a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, libres de coacción y violencia, sea de parte del Estado o particulares, y el derecho a salud sexual y reproductiva.

También, enfatizó la necesidad del empoderamiento y autonomía de las mujeres para el logro de un desarrollo sostenible y la equidad entre los géneros.

"El empoderamiento (empowerment) y la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su condición política, social, económica y en materia de salud es un fin de la mayor importancia. Además, ello es esencial para el logro de un desarrollo sostenible.

Se requiere la plena participación y la relación de paridad entre mujeres y hombres en la vida productiva y reproductiva, incluyendo responsabilidades compartidas para el cuidado y crianza de los niños y el mantenimiento de las tareas domésticas" (Numeral 4.1)

El documento incorpora la definición de salud reproductiva formulada por la OMS, "Salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos". La salud reproductiva supone la capacidad de disfrutar de "una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad de hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia".

Se reconoce que la salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas en el mundo por diferentes causas entre las que se señala el desconocimiento sobre la sexualidad, la mala calidad de los servicios de salud, los comportamientos sexuales de riesgo, las prácticas discriminatorias y el limitado poder de decisión de las mujeres.

Algunos de los objetivos que propone son

- Asegurar el acceso a información amplia y a una gama completa de servicios de salud reproductiva incluida la planificación familiar
- Atender a las necesidades cambiantes en materia de salud reproductiva durante todo el ciclo vital, de un modo que respete la diversidad de circunstancias de las comunidades locales
- Lograr que los hombres participen más y asuman una mayor responsabilidad práctica en la planificación de la familia
- Prevenir las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA
- Promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos y contribuya a mejorar la calidad de la vida de las personas

4.2 POLÍTICAS EN SALUD REPRODUCTIVA DESDE MEDIADOS DE LA DÉCADA DE LOS 70

Los esfuerzos para desarrollar una política nacional de población comenzaron bajo el gobierno militar con la formulación de los lineamientos de políticas de población a mediados de la década de los 70. Estos lineamientos no establecían metas demográficas, sanitarias o programáticas específicas, tan solo ofrecían una orientación hacia los problemas del sector población. Como tal, su efectividad era limitada. El gobierno del presidente Belaunde creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en 1980 para apoyar al sector público y privado en el seguimiento de los lineamientos de políticas de población.

En Julio de 1985, el Gobierno peruano dio un paso significativo en relacion a las políticas de poblacion con la aprobacion de la Ley Nacional de Población, Decreto Legislativo N° 346. Entre otras cosas, esta Ley garantizo el derecho de las parejas para determinar libremente el numero y el periodo intergenesico de los hijos, y establecia que el Estado debe promover la paternidad responsable como estrategia para el desarrollo y prioridad en salud. La ley reconoce todos los metodos anticonceptivos como voluntarios con la expresa y explícita excepción de la esterilizacion.

Bajo el gobierno del Presidente Alan Garcia, y como resultado de su decision personal y liderazgo, los temas de población han tomado un papel central en muchos aspectos de planeamiento de desarrollo y prestacion de servicios. Hacia fines de 1986, el Presidente García convoco a una estrategia nacional de desarrollo que deberia incluir el establecimiento de politicas operacionales y metas demograficas dirigidas a la reduccion de la Tasa de crecimiento poblacional.

Una comision presidencial de poblacion encargada del desarrollo de una estrategia nacional de población fue formada a inicios de 1987. La comision culmino su trabajo a mediados de 1987 y recomendo una aproximacion integral para solucionar el problema poblacional peruano. Sus recomendaciones incluyeron un trabajo intensificado en educacion, prestación de servicios, investigacion e informacion publicas. El consejo de Ministros y el presidente aprobaron el Plan de accion de la comision, titulado "Programa Nacional de Población 1987 -1990".

Una meta demografica en el Programa Nacional de Población estaba dirigida a disminuir la Tasa Global de Fecundidad de 4.3 nacimientos por mujer en edad fértil en 1985 a 2.5 nacimiento por mujer en edad fértil en el año 2000. Para alcanzar esta reduccion en la Tasa Global de Fecundidad se considero necesario incrementar la prevalencia en planificacion familiar e incrementar el uso relativo de metodos anticonceptivos modernos mas efectivos.

Específicamente el Plan gubernamental estaba dirigido a incrementar la prevalencia de uso de anticonceptivos de 28% en MEF en 1986 a 42% en el año 2000. Para las

mujeres en union, ello debería alcanzar una prevalencia promedio de uso de 60 a 70% para el año 2000. Conforme a estas metas de uso de metodos anticonceptivos desarrollada por el IPSS, el uso de metodos anticonceptivos tradicionales deberia disminuir de 50% a 10%, y el uso de métodos de larga duracion (DIUs y vasectomia) deberia aumentar de 29% a 60% para todos los metodos anticonceptivos

El Programa Nacional de Poblacion creo el Programa Nacional de Planificacion Familiar (PNPF), bajo la direccion del Ministerio de Salud (MINSA) que es responsable de la coordinacion de esfuerzos, tanto de los sectores publico (MINSA, IPSS, y FFAA) y privado (comercial y voluntario). Las tasas de cobertura del Sector fueron establecidos por el PNPF por departamentos y metodos anticonceptivos

Originalmente, el Programa Nacional de Poblacion convoco al Sector publico para cubrir al 90% de los usuarios de métodos anticonceptivos para el año 2000. Estas metas fueron redefinidas considerablemente para 1989, reflejando la segmentacion general del mercado revelado en el estudio ENDES de 1986

- 53% de usuarios de metodos modernos deber ser atendidos por el sector público
- 20% por el sector privado voluntario (PVO), y
- 27% por el sector privado comercial

Las metas del gobierno tambien reflejan las expectativas de cambio en el uso de metodos anticonceptivos e incluye una mayor proporción de uso de metodos modernos tales como píldoras, DIUs y vasectomías

El periodo 1989-93 fue un periodo excepcional en la historia peruana reciente. Por ejemplo, se esperaba que a traves del pago por consulta, tanto para planificacion familiar como para servicios de salud relacionados, las PVOs deberian recuperar costos y generar los recursos necesarios para fomentar la sostenibilidad financiera y el subsidio cruzado para los servicios rurales. Durante los 4 años de implementacion del proyecto, el Peru pasó a través de un ajuste estructural severo que afecto el ingreso familiar real y redujo dramaticamente el poder adquisitivo. Esto no fue previsto en 1988-89, cuando el

proyecto fue diseñado y una política económica diferente se desarrollaba bajo el gobierno de entonces. Los efectos de la hiperinflación y el programa de estabilización gubernamental se tradujo en que el ingreso real de las PVOs fue más limitado que lo esperado. A inicios de 1994 el Perú ha mejorado su situación económica con un crecimiento económico positivo y hay expectativas que el ingreso puede aumentar en el mediano plazo.

Desde 1995, cambia la política gubernamental dándose gran impulso a los programas de planificación familiar. En setiembre de 1995, el Congreso de la República legaliza la esterilización, modificando el artículo VI de la Ley de Población, el cual queda formulado de la siguiente manera:

Art. 6 - "La Política Nacional de Población excluye el aborto como método de Planificación Familiar. En todo caso, la adopción de los métodos se basa en el libre ejercicio de la voluntad personal, sin que medien estímulos o recompensas materiales."

La diferencia, como se puede observar, es que la ley de población ya no excluye la esterilización como método anticonceptivo, pero sí el aborto. Reafirma el libre ejercicio de la voluntad de las personas y establece claramente que las políticas y sus diferentes formas de aplicación, no deben inducir la utilización de métodos anticonceptivos mediante ningún tipo de estímulo material.

El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 del Ministerio de Salud como "marco referencial y estratégico de las acciones locales y de nivel nacional" (Resolución Ministerial del 6-2-96, RM 071-96-SA/DM), se propone como misión:

"Mejorar el estado de la salud reproductiva de los hombres y mujeres en todas las etapas de su vida mediante la provisión de servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la mejor calidad posible."

El Ministerio de Salud asume la responsabilidad de atender la salud reproductiva de las personas, y especialmente de la mujer. Reconoce la importancia de la preservación de una buena salud sexual cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones interpersonales, libres del temor de contraer o contagiar ETS.

El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 del Ministerio de Salud incorpora un enfoque de género al afirmar que

"El derecho de la mujer a preservar su salud reproductiva es un derecho social y un bien público que el Estado debe garantizar, en la perspectiva de la búsqueda de la equidad de género."

Los problemas prioritarios de salud reproductiva identificados son

- Alta mortalidad materna y perinatal
- Altos niveles de demanda insatisfecha de planificación familiar
- Incremento de conductas de riesgo reproductivo en adolescentes
- Incremento del riesgo materno perinatal por ETS
- Inequidad en la situación de salud de la mujer
- Alta morbilidad y mortalidad por patologías ginecológicas prevenibles

Los objetivos específicos que propone el Programa de Salud Reproductiva son

- (i) Incrementar el acceso oportuno a servicios de salud reproductiva y planificación familiar, mejorando la cobertura, calidad y calidez
- (ii) Desarrollar la capacidad de planificación, administración y gestión para incrementar la oferta de servicios
- (iii) Desarrollar esfuerzos sostenidos de información y educación destinada a generar una demanda informada
- (iv) Movilizar recursos disponibles para desarrollar sistemas locales de acceso, promoción, prevención y atención comunitaria de los problemas de salud reproductiva y planificación familiar. Siendo una de las estrategias más importantes la gratuidad de los servicios de planificación familiar incluyendo la anticoncepción

quirurgica voluntaria (AQV) para varones y mujeres

Las metas generales que propone el Programa de Salud Reproductiva para el año 2000 son

- Disminuir la Tasa de Mortalidad Materna en un nivel no mayor de 100 por 100,000 nacidos vivos
- Haber alcanzado la prevalencia de uso de metodos anticonceptivos modernos y seguros necesaria para asegurar una tasa global de fecundidad de 2.5 hijos por mujer
- Reducir en 50% la tasa de mortalidad perinatal en relacion a la registrada en 1995

En cuanto a las metas de servicios, algunas de ellas son

- Alcanzar una cobertura de metodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces no menor al 50% de las MEF y el 70% de las MEF en union
- Alcanzar una cobertura de diagnostico de cancer cervico uterino de por lo menos una citologia cervical anual y un examen de mama en el 30% de las mujeres en edad fertil
- Alcanzar una cobertura de atencion del 70% de las complicaciones esperadas (toxemia, aborto, hemorragia, sepsis, parto obstruido y tuberculosis) en la poblacion total de gestantes, parturientas y puerperas
- Lograr que el 100% de las pacientes con atencion institucional del parto o aborto egresen iniciando algun metodo anticonceptivo seguro luego de haber tenido consejeria individual
- Incrementar la cobertura, calidad y calidez de la atencion materna y perinatal, priorizando la atencion y referencia oportuna de las complicaciones
- Desarrollar una cultura en pro de la Salud Materna a traves de un esfuerzo intenso, sostenido y amplio de informacion y educacion destinada a disminuir el retraso en la búsqueda de atencion y promover el abandono de conductas de riesgo
- Desarrollar redes comunitarias para la atencion de un parto limpio y seguro, que hagan posible la referencia oportuna de las emergencias obstetricas y neonatales
- Desarrollar sistemas locales autosostenibles de cuidado materno-perinatal

Finalmente, hacia fines de Julio del presente año se emite la Ley General de Salud que establece en sus artículos 5º y 6º la importancia de la salud reproductiva y el derecho a la información y libre elección de la población

Artículo 5º - Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la Autoridad de Salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, salud mental, *salud reproductiva*, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas degenerativas diagnóstico precoz de enfermedades y demás acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable

Asimismo, tiene derecho a exigir a la Autoridad de Salud a que se le brinde, sin expresión de causa, información en materia de salud, con arreglo a lo que establece la presente ley

Artículo 6º - Toda persona tiene el *derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia*, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar

Para la aplicación de cualquier método anticonceptivo se requiere del consentimiento previo del paciente. En caso de métodos definitivos, la declaración del consentimiento debe constar en documento escrito

4.3 POLÍTICAS DE USAID-PERU

El rol de las mujeres en el desarrollo fue reconocido por USAID desde hace más de veinte años, habiendo destinado recursos y programas para mejorar su condición. Entre sus políticas institucionales tienen gran importancia el fortalecimiento de la participación

ciudadana y de instituciones de la sociedad civil como las PVOs, mejorar la salud de las poblaciones en alto riesgo y la modificación de los obstáculos que se presentan para que las mujeres puedan ejercer sus derechos

Ha promovido iniciativas en el campo de la salud reproductiva, educación para las niñas y participación ciudadana de las mujeres

El nuevo enfoque de salud reproductiva, en correspondencia con los avances de las políticas mundiales de población pone énfasis en el empoderamiento (empowerment) de las mujeres, en la equidad e igualdad entre los géneros, en el reconocimiento de los derechos reproductivos y en la provisión de servicios de salud reproductiva de calidad que respondan a las necesidades de la población. Tal es el caso de ReproSalud cuyo enfoque se caracteriza por la involucración de la comunidad en la identificación de problemas y alternativas de solución, la inclusión explícita de actividades de salud reproductiva sumadas a las de planificación familiar, la incorporación explícita del empoderamiento de la mujer como un objetivo, y la promoción de actividades de apoyo a microempresas y crédito

Poniendo énfasis en este trabajo en las zonas con características de pobreza y extrema pobreza, en zonas rurales y urbano marginales y con baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

4 4 A LA LUZ DE LA REFORMA DEL SECTOR

Junto con los cambios en la política en salud reproductiva, el Estado Peruano comienza el proceso de Reforma del Sector Salud, tan igual como se ha venido realizando en diferentes países a nivel mundial. Este proceso de reforma tiene concreciones puntuales que deberán ser consideradas en vistas a estrategias de financiamiento a futuro

En 1994 se emitió el Decreto Supremo 01-94-SA estableciendo las Disposiciones destinadas a mejorar la prestación de los Servicios de Salud en el nivel de atención primaria, en este se promueve la conformación de los Comités Locales de Administración de Salud. Estos servicios se convierten en estamentos descentralizados

con personería jurídica, responsables directamente de la ejecución del Programa de Salud Local y de la Administración de los Recursos. Este decreto se reglamenta con la Directiva 01-SA/DM-94 que establece las disposiciones para el Programa de Administración Compartida (PAC). Esta Directiva promueve los esfuerzos conjuntos de la comunidad y el Estado en la mejora de los niveles de salud en la población.

En ese mismo año se inicia el Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT) que tiene por finalidad mejorar los establecimientos del primer nivel del MINSA, a través de un equipamiento moderno, dotándolos de personal profesional capacitado –especialmente en zonas de poca accesibilidad y donde usualmente no hubieron profesionales por muchos años. Encontrándose dentro de sus lineamientos de política un incremento en la cobertura de atención con una perspectiva de productividad y calidad de atención.

A mediados del presente año se inició la evaluación de este programa (PSBPT), lamentablemente a la fecha no es posible contar con la información referente a las zonas de influencia de este proyecto.

Finalmente, en Mayo de 1997, se emite la Ley 26790 "Ley de Modernización de la Seguridad Social", que da origen a la creación de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), promoviendo así la participación privada en la atención de salud. Aun esta pendiente la reglamentación de esta Ley.

La suma de todos los elementos anteriormente descritos modificó sustancialmente el entorno político y el mercado de la prestación de servicios de salud, especialmente el de Planificación Familiar, los cuales no fueron considerados en la elaboración del proyecto inicial y que requieren ser tenidos en consideración para futuros proyectos. Por ejemplo, la posibilidad de competencia en la prestación de servicios de salud obligará a las PVOs, así como al MINSA a contar con infraestructura moderna, organización y estrategias innovadoras y personal debidamente capacitado, lo cual debería redundar en una mejora en la calidad de la prestación, lo cual se traduciría en el largo plazo en una mejora del estado de salud de la población beneficiaria. En las siguientes secciones se describen los logros y limitaciones en el trabajo realizado.

V ANÁLISIS INSTITUCIONAL

El análisis institucional se ha realizado considerando los diversos componentes de la estructura y de los procesos de la producción de servicios de salud, en cada una de las PVOs evaluadas

5.1 INFRAESTRUCTURA Y LOCALIZACIÓN

Las Clínicas comunitarias de las PVOs visitadas, se encuentran establecidas en su mayoría dentro de áreas rurales y urbano marginales, lo cual posibilita el acceso de la población de menores recintos y de zonas poco accesibles a servicios de Salud Reproductiva. Asimismo los equipos conformados por el personal, ofertan sus servicios mediante actividades de atención y promoción itinerante, dentro de la zona de sus jurisdicciones

La infraestructura de estas clínicas comunitarias se caracteriza por presentar en el 93% de establecimientos un ambiente exclusivo para consejería en Planificación familiar

El 100% de Establecimientos poseen uno o dos ambientes que son usados para realizar la consulta, ya sea en planificación familiar, salud reproductiva o atención médica o pediátrica, donde atiende el médico o la obstetra según sea la necesidad del usuario externo

La mayoría de las clínicas cuentan con los ambientes adecuados y debidamente distribuidos para el cumplimiento de su función. Dentro de las características físicas, lo más llamativo es que presentan un orden y una limpieza adecuadas, siendo la distribución de los ambientes de acuerdo a sus necesidades en cuanto a prestación de servicios se refiere. Uno de los aspectos negativos es que 46.7% (7/15) de las clínicas no contaban con lavatorios dentro de los consultorios, lo cual se relaciona con la calidad de atención

En relacion a la accesibilidad, estas son de facil acceso geografico para la poblacion (tanto en localizacion como en identificacion)

En el caso de Junin si bien las clinicas de Chupaca y Huancayo se encuentran bastante cerca a las Plazas de Armas respectivas, estas son de dificil identificacion, p ej La entrada en Huancayo es una reja de metal que usualmente esta cerrada, "semejando una ferretería"

En el caso de Tarapoto, la Clinica se encuentra ubicada en la Plaza de Armas de la Banda de Shilcayo, el area del local es desproporcionada en relacion a la demanda, siendo ademas que todo el equipo de salud realiza actividades itinerantes permanentes, quedando una sola persona a cargo del Establecimiento

5 2 ORGANIZACIÓN

La Organizacion general del Proyecto

- **USAID** como la entidad encargada del financiamiento
- **AB PRISMA** la institucion intermediadora, encargada de administrar directamente el Proyecto (supervision, evaluacion, asesoría, capacitación, entre otros)
- **PVOs**, encargadas de la implementacion y organizacion de la red de las Clinicas Comunitarias

Durante el analisis de las actividades de las diferentes PVOs y las conversaciones con los diferentes actores sociales, se observo que en la practica no quedaba bien definido el límite de las responsabilidades y derechos de cada uno de los encargados de la conduccion del Proyecto (Financiadoras, administradores y operativos), lo que ocasionó fallas en la coordinacion

Estas descoordinaciones entre USAID y AB PRISMA, provocaron situaciones tales como retraso en la entrega de fondos para el manejo de las diferentes actividades realizadas por las PVOs a traves de las clinicas comunitarias

Estos problemas también se presentaron entre PRISMA y las PVOs sobre todo en lo referente a la gestión de las clínicas comunitarias. En determinadas circunstancias PRISMA tomó decisiones que sobrepasan el límite de sus funciones. Por ejemplo, ordenó el cierre del establecimiento de Quillabamba, con la oposición de la PVO (PLANIFAM - Cusco) y el subsecuente conflicto entre las instituciones.

También encontramos que esta indefinición se tradujo en resistencia de las instituciones (p. ej. INPPARES) para aceptar decisiones sugeridas por PRISMA que según ellos estaban establecidas en el proyecto original (p. ej. los estudios de determinación de costos).

En relación a la organización (estructural y funcional) de las clínicas comunitarias, estas tienen un patrón común:

- Una *coordinadora local*, quien generalmente es una obstetriz, aunque en algunos casos es una técnica (como en caso de Julcan en Trujillo) o una asistente social (como en caso de Huancayo, quien recientemente ha tomado el cargo), quien se encarga de la administración y manejo del establecimiento en lo referente al personal, recursos materiales y económicos, así como las coordinaciones con otras instituciones.

Dentro de sus actividades también se encuentran las asistenciales y preventivo-promocionales en lo referente a Planificación Familiar y Salud Reproductiva.

- Un *médico*, quien estructuralmente se encuentra al mismo nivel que la coordinadora, se encarga del manejo técnico del establecimiento y principalmente de la actividad asistencial (atenciones por PF y médicas tanto a adultos como niños). No todos los establecimientos cuentan con médico.
- Uno o dos *técnicos de enfermería*, quienes realizan dos tipos de actividad: supervisores de las actividades de los promotores y coordinación con la comunidad y/o apoyo en las actividades asistenciales y administrativas de los

establecimientos

Los establecimientos cuentan con manuales de organizacion y funciones y manual de procedimientos. La existencia y el conocimiento de estos manuales por parte de los trabajadores, favorece la prestacion de servicios con calidad, al definir las obligaciones y funciones de cada uno de ellos. En la evaluacion se encontro que un grupo de trabajadores no conoce que estos manuales existen en sus establecimientos (45%), y un porcentaje mayor (aproximadamente 60%) no conocen su contenido. Este desconocimiento es mayor en el personal recientemente contratado.

Como parte del sistema de informacion gerencial, cada una de las clínicas comunitarias cuenta con los siguientes formatos:

- ❖ Formatos de entrega de MAC, actividades extramurales, atenciones por otras causas, etc. (Informe de actividades realizadas)
- ❖ Formato de solicitud de insumos, formatos de manejo ingresos propios, etc. (Informe de actividades administrativas)
- ❖ Hoja de seguimiento de pacientes, control diario de usuarios de Planificacion Familiar, etc. (Informe de las actividades asistenciales)

Todos estos formatos, quizas con diferentes nombres en cada una de las zonas, son conocidos y manejados por la gran parte de personal tanto profesional como tecnico.

Considerando lo anteriormente señalado, se puede concluir que no estuvieron claramente definidos los alcances de las responsabilidades y derechos de cada una de las instituciones participantes en el Proyecto (Financiadoras, administradores y operativos).

Por otro lado, las características organizacionales de las clínicas comunitarias son adecuadas para el cumplimiento de sus objetivos, puesto que se relacionan con el tipo de infraestructura, el servicio que prestan (principalmente planificacion familiar), y la capacitacion recibida por el personal (predominando temas de planificacion familiar).

Se observo que las PVOs que tienen su sede central en su ambito de influencia han desarrollado una mayor integracion con el personal de las clinicas comunitarias. Esta integracion esta relacionada con la cercania geografica y cultural, favoreciendo a una mejor comunicacion y aceptabilidad en las comunidades. Estas experiencias han favorecido la existencia de estructuras organizacionales mas horizontales, como es el caso de PRISMA-Trujillo, la cual periodicamente realiza reuniones con el personal de sus clinicas, aunandose a ello, un monitoreo permanente por parte de la sede central, en busca de una mejor calidad en la prestacion de servicios.

5.3 RELACIONES INTERINSTITUCIONALES

5.3.1 MINISTERIO DE SALUD

El Plan Nacional de Salud tiene como uno de sus objetivos promover el acceso a los servicios de salud de la poblacion de menores recursos, buscando disminuir sus indices negativos de salud. Dentro de las estrategias para el logro de este objetivo, se busca consolidar equipos de trabajo intra e interinstitucionales, de manera que se realicen actividades conjuntas tendientes a incrementar el acceso de las mujeres a los Servicios de Salud. Para lo cual existen coordinaciones y convenios entre el MINSA y las diferentes PVOs, planteandose incluso proyectos de trabajo conjunto de manera formal.

Pese a este nivel de coordinacion central, en las zonas perifericas se encontro que no existe un nivel de coordinacion formal entre las diferentes PVOs y los establecimientos del MINSA, pero si existe una de tipo informal que varia dependiendo de la zona en la cual trabaja cada una de ellas y de la voluntad de coordinacion de los actores. Generalmente las Clinicas comunitarias ubicadas en Trujillo, San Martin, Cusco y Puno trabajan en actividades conjuntas con los establecimientos perifericos del MINSA: capacitacion, apoyo con insumos de planificacion familiar en caso de ser necesario, y apoyo coordinado en campanas de salud entre los establecimientos de ambas Instituciones.

Una de las obstetricas que trabaja en areas rurales en Cusco, de PLANIFAM, narro la relacion con MINSA en Huarquite. Esta es una zona alejada de la ciudad del Cusco, donde se dio una experiencia de coordinacion entre PLANIFAM y el MINSA, permitiendo una cooperacion continua en el trabajo en las comunidades rurales. Cuando el proyecto sufre un recorte presupuestal, Huarquite es seleccionado para el cierre y el equipo logra hacer la transferencia de las usuarias y usuarios de sus servicios entregando una copia de sus historias clinicas para el respectivo seguimiento. Ademas, PLANIFAM continua manteniendo periodicamente la relacion con las comunidades que atendian antes del cierre de dos de sus sedes. La experiencia referida nos permite observar no solo el compromiso de la PVO con la poblacion y las bondades de una buena relacion interinstitucional basada en la cooperacion mutua sino tambien el desarrollo de una estrategia de salida cuando un proyecto concluye.

Otras experiencias de coordinacion con MINSA han sido las referencias de usuarias para las AQVs, atencion de parto u otros problemas que las PVOs no podian atender.

En las campañas extramurales, las PVOs orientan principalmente sus actividades hacia Planificacion Familiar y los establecimientos del MINSA orientan sus acciones a otras actividades preventivas y/o asistenciales netas (p.ej. programas verticales). En Huancayo existen situaciones de escasa colaboracion entre INPPARES y algunos establecimientos del MINSA, que segun el personal entrevistado “son debidos a problemas personales”.

Algunos establecimientos de Tarapoto, Trujillo, Cusco y Puno envian reportes de las actividades realizadas mensual o trimestralmente al nivel respectivo MINSA (p.ej. Julcan, Cusco, Simon Herrera, Cusco, Puno, Banda de Shilcayo). Otros establecimientos envian el cronograma de las actividades o atenciones itinerantes que van a realizar (p.ej. Chepen), con la

finalidad de evitar cruces y facilitar así la coordinación de actividades extramurales u otras

En el caso de las clínicas comunitarias de Lima (Comas, San Juan de Luigancho y Los Olivos), existe escasa coordinación con los establecimientos periféricos del MINSA. El único establecimiento que coordina con establecimientos del MINSA es la Clínica Comunitaria de Comas. Realiza coordinaciones con el Hospital Sergio Bernales y la Maternidad de Lima para la referencia de pacientes complicados

Por otro lado, como se describe en la sección 4.4, el Sector Salud ha implementado una campaña agresiva en planificación familiar, con la consecuente competencia en la prestación de este servicio. Algunas PVOs, como PLANIFAM, consideran que la competencia es beneficiosa en la medida que da mayores exigencias de calidad para lograr captar una mayor demanda de sus servicios. Otras PVOs no perciben la competencia de la misma forma, por lo que han dirigido sus esfuerzos a buscar nuevos lugares y poblaciones a los cuales todavía el MINSA no ha llegado, desarrollando una agresiva campaña de visitas domiciliarias (PLANFAMI, INPPARES)

Pese a lo anterior, el desconocimiento o la falta de explicitación de los planes del MINSA a mediano plazo en cuanto a la localización y apertura de establecimientos de salud, impide a las instituciones pequeñas como las PVOs a ubicar estratégicamente sus servicios, observándose duplicidad de esfuerzos en algunas áreas de implementación

Dentro de la perspectiva de competencia, el personal de las clínicas comunitarias considera que dentro de las fortalezas del Ministerio de Salud están la disponibilidad de recursos

“los clubes de madres permanecen fieles a las actividades del MINSA y colaboran poco con nosotros” (Reunión con equipo técnico, La Esperanza)

“Hasta julio de 1995 el MINSA no salía a comunidades ni difundía los programas de planificación familiar. Ahora el MINSA interviene con grandes recursos. El

IPSS tambien sale de campaña Esa competencia nos ha llevado a mejorar la calidad La gente confia en nosotros y nos identifica por el uniforme” (Coordinadora programas urbanos y rurales, Puno)

“nos habian ofrecido un local que estaba mejor ubicado, despues nos dijeron que no, que mejor este otro en el que ahora estamos trabajando Hace poco nos enteramos que habian cedido al MINSA aquel local que nos iban a dar” (Jefa de sede rural, Puno)

Comparativamente, las fortalezas y debilidades descritas de las PVOs respecto al MINSA fueron

- Organizaciones mas pequeñas con alto nivel de compromiso
- No pueden competir con MINSA en terminos de cobertura, - tampoco seria deseable- sino en terminos de desarrollo de estrategias adecuadas para trabajar con la comunidad
- Mayor conocimiento cercania con la gente
- Desarrollo de iniciativas creativas como servicios y educacion a jovenes convenios con Univerisidades
- Mayor capacidad de adaptacion pero limitados por el financiamiento

Llama la atencion el escaso nivel de coordinacion entre las PVOs, con las instancias respectivas del MINSA en las diferentes zonas visitadas, pese a que institucionalmente existe un reconocimiento de trabajo conjunto Consideramos que se requiere un mayor nivel de coordinacion, la cual debe ser continua y desde “niveles superiores zonales”, a nivel regional o subregional, con las PVOs, tanto por el lado del Proyecto como por las instituciones representantes del MINSA Ello permitiria optimizar el uso de los recursos y ampliar los niveles de cobertura en la poblacion, independientemente de cual sea el establecimiento que preste el servicio de Planificacion Familiar

La evaluacion de los documentos asi como la visita a los establecimientos y las entrevistas a los trabajadores permite concluir que las actividades de coordinación

usualmente son eventuales y que no son orgánicamente programadas (cultura organizacional) Hay que resaltar en este sentido, que gran parte de las coordinaciones para actividades conjuntas han sido fruto de iniciativas propias del personal de las clínicas comunitarias y del personal del MINSA, como consecuencia de la escucha de las necesidades sentidas por la comunidad

5.3.2 GOBIERNOS MUNICIPALES

Un 33.3% (5/15) de las clínicas comunitarias visitadas en Lima como en provincias, refieren haber establecido relaciones informales con los Gobiernos Municipales de las zonas donde se encuentran establecidas

Estas coordinaciones generalmente se han establecido para la realización de campañas de atención en zonas rurales o Urbano Marginales, de actividades de atención itinerante, de campañas de atención integral. El apoyo de las municipalidades ha estado dirigido hacia la convocatoria de la población y de grupos organizados (p.ej. clubes de madres, vaso de leche, etc.)

Un 60% (3/5) de las clínicas comunitarias que han establecido relaciones con los gobiernos municipales, han coordinado la cesión en préstamo de locales para el funcionamiento de las Clínicas Comunitarias (Julcan y Chepen en Trujillo y San Pedro en Cusco)

5.3.3 COMUNIDADES

El 100% de PVOs realizan coordinaciones con las comunidades de las jurisdicciones de sus Clínicas comunitarias. Estas se realizan a través de los grupos organizados (Club de madres, Vaso de leche) y los promotores, quienes de manera activa (visita domiciliaria, perifoneo, reuniones comunales, etc.) convocan a la participación de la población en las

actividades de Salud (campañas, atenciones itinerantes, charlas educativas, actividades de prevención, etc)

Las relaciones con las comunidades deben estar dirigidas a promover el empoderamiento de la población (a través de la educación y la participación activa, entre otros), y de esta manera favorecer a la sostenibilidad de cualquier programa de intervención. Sin embargo, pareciera ser que las coordinaciones no necesariamente han implicado un empoderamiento de las comunidades, sino que en algunos casos, como el de PLANFAMI, se ha fomentado el paternalismo institucional al promover la entrega de métodos anticonceptivos hormonales y la colocación de DIUs en los domicilios.

5 3 4 OTRAS INSTITUCIONES

Asimismo algunas clínicas comunitarias se realizaron coordinaciones para la realización de actividades con otras Instituciones privadas o PVOs, tales como el Instituto Peruano de Seguridad Social (Cusco y La Esperanza -Trujillo-), colegios estatales (Puno y Pallalla), la Marina de Guerra (Puno), PRONAA (Puno), Repro Salud (Puno), para la ejecución de campañas de atención itinerante en zonas rurales o urbano marginales.

5 4 SISTEMA DE REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA

El sistema de referencia y contrareferencia es un sistema de información gerencial que permite la utilización racional de los recursos de salud que a su vez fomenta la equidad vertical. La experiencia a nivel nacional muestra que la única institución de salud que ha establecido este sistema en forma efectiva es el IPSS, la eficacia del mismo se ve favorecida por la existencia de una población cautiva y de fácil identificación.

En la evaluación del proyecto se encontró que no existe un sistema formal de referencia-contrareferencia en algunas PVOs, y entre las PVOs y otras instituciones -públicas o privadas- con quienes han establecido algún nivel de coordinación.

Existe si, la referencia no formal de pacientes en casos de AQV, vasectomia, algunos casos de implante de Norplant o en caso de presentarse alguna complicacion para que sean atendidos en establecimientos del MINSA (33.3% de las Clinicas Comunitarias de las provincias de Trujillo, Junin, San Martin, Cusco y Puno), del IPSS (en el caso de la Clínica Comunitaria de Calca) En otros casos envian los pacientes a clinicas privadas, como en el caso de Huancayo

En Lima, los casos de AQV y las complicaciones son transferidos a la Clinica Central de INPPARES, las vasectomias y la implantacion de Norplant se realizan en las propias clinicas En el caso de la clinica comunitaria de Comas, las transferencias son enviadas al Hospital Sergio Bernales de Collique o a la Maternidad de Lima

De los pacientes referidos a los establecimientos del MINSA o IPSS, no existen informes de contrarreferencia a las clinicas comunitarias de procedencia Una vez atendidos los pacientes no existe informacion formal sobre el tratamiento recibido, lo que imposibilita cualquier tipo de seguimiento en la clinica de origen

Una experiencia valiosa que deberia ser considerada dentro de las estrategias de futuras intervenciones es la de Trujillo En esta existe un sistema de referencia-contrarreferencia con los Promotores, quienes mediante un formato envian al paciente a la Clínica Comunitaria para ser atendidos (entrega de metodos por primera vez, consejeria, complicaciones, etc) La clinica comunitaria a su vez, una vez atendido el usuario, da a conocer al promotor el metodo elegido o el resultado de la consulta para su respectivo seguimiento en su comunidad

5.5 ANALISIS DE RECURSOS HUMANOS

5.5.1 RECURSOS HUMANOS

Las Clínicas Comunitarias tanto urbanas como rurales, se caracterizan por tener el siguiente personal

- ◆ Medicos
- ◆ Obstetricas
- ◆ Enfermeras (en el caso de algunas clinicas, como Cusco y Huancayo) y
- ◆ Tecnicas

El 26 7% (4/15) de las clinicas comunitarias no contaban, a la fecha de la evaluacion, con personal medico (ej Anta, San Pedro, Tiquillaca, Chupaca), esto debido al recambio constante del personal. El personal entrevistado refirio que este recambio esta relacionado a la inestabilidad del Proyecto y la consecuyente inestabilidad del personal, y al surgimiento del Programa de Salud Basica para Todos -en el Ministerio de Salud- que ofrece sueldos mayores a los establecidos por el proyecto.

En algunas clinicas que cuentan con medicos dentro de su personal, estos solo trabajan por horas, pues ellos realizan una labor paralela en otras instituciones de salud (generalmente Ministerio de Salud). Por lo tanto, su horario de trabajo es variable dependiendo de los turnos de atencion que tengan en las otras instituciones donde laboran. Este es el caso de las clinicas de Lima donde los médicos atienden en horario de tarde y en un 33 3% de las clinicas comunitarias de provincias (Julcan, La Esperanza, Chepen, Calca, y Cusco).

El 93% (14/15) de las Clinicas comunitarias cuentan con obstetricas, quienes asumen el cargo de coordinadoras locales (siendo las responsables de la administracion de las clínicas comunitarias, tanto rurales como urbanas), esto debido que su permanencia en el establecimiento es constante, siendo su horario de trabajo a tiempo completo.

En el caso del personal tecnico, asumen el cargo de auxiliares asistenciales en las clinicas y tambien en otros casos el cargo de supervisoras (encargadas del seguimiento de promotores y entrega de metodos a pacientes). Su horario de trabajo es a tiempo completo. En el caso de una clinica comunitaria la tecnica tiene el cargo de coordinadora local (Julcan en Trujillo).

Debemos tener en cuenta que el personal que labora en las diferentes clínicas comunitarias, no posee las mismas competencias técnicas y/o motivacionales, pero en general, éste cumple con ciertas características comunes que contribuyan a una adecuada prestación de servicios

- 1 Para considerar el equipo de trabajo ideal se debe tener en cuenta la misión y la visión del plan estratégico del proyecto y el plan operativo anual. Asimismo se debe considerar la oferta (entendida como los diferentes prestadores existentes en el ámbito del proyecto) la gama de servicios a ofertar, las necesidades de salud de la población, la accesibilidad geográfica y cultural, entre otros. Por ejemplo, si uno de los objetivos es atender a las necesidades de salud de la población, se deberá contar con profesionales médicos y de enfermería, además de las obstétricas y técnicos, debido a la diversidad de necesidades a satisfacer.
- 2 Las relaciones interpersonales entre el equipo de trabajo deben ser óptimas, de comunicación y coordinación permanentes, pues esto se reflejará en el servicio prestado, es decir un servicio con calidez.
- 3 El personal debe comprender y de preferencia hablar el idioma de la población donde se encuentra ubicada la clínica comunitaria. Sería provechoso para la identificación con la población, que por lo menos una de los trabajadores de cada establecimiento provenga de la zona de su jurisdicción.
- 4 Las relaciones con la población deben ser cordiales, debiendo promoverse el trabajo coordinado con los grupos representativos de la comunidad.

5.5.2 REMUNERACIONES

La política del Programa de Salud Básica Para Todos (PSBPT) del MINSA estableció crear y repotenciar establecimientos de Salud en las zonas más alejadas y/o rurales, en áreas de pobreza y extrema pobreza de acuerdo al estudio de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), dotándolos de equipamiento y personal profesional y técnico capacitado en brindar atención integral.

En función de estas políticas se estableció además otorgar salarios en relación a la accesibilidad y nivel de violencia de los Establecimientos de Salud. El salario más bajo tiene como base para el personal profesional y técnico, el establecido por el MINSA para los trabajadores de Salud y este va en aumento cuanto más inaccesible, rural y de mayor violencia (terrorismo, narcotráfico) fuese la zona donde se encuentra ubicado el establecimiento de salud. El salario también es dependiente del número de horas diarias trabajadas (6 y 12 horas), duplicándose el salario para los que laboran 12 horas/día.

TABLA N° 2
CUADRO COMPARATIVO DE REMUNERACIONES

PROFESIONAL	PSBPT	PVFP
Médico		600 00 - 1,300 00**
▪ 6 horas	1,344 00	
▪ 12 horas	1,800 00 - 2,000 00*	
Obstetrix / Enfermera		400 00 - 798 00**
▪ 6 horas	550 00	
▪ 12 horas	800 00 - 900 00*	
Técnico de Enfermería		200 00 - 600 00**
▪ 6 horas	350 00	
▪ 12 horas	600 00	

Fuente: Estudios de costos (Proyecto PVFP) y Sub Región de Salud Lima III Norte

Nota

* El rango de las remuneraciones depende de la zona en la que trabaje

** El rango de las remuneraciones ha sido tomado de los informes de las PVOs y depende de las horas de trabajo (dedicación)

La comparación de las remuneraciones (Tabla N°2) muestra que las del PSBPT son significativamente mayores que las del proyecto, especialmente en el caso de los médicos. Ello podría explicarse por que “en caso de presentarse la oportunidad”, el personal de las PVOs haya optado por renunciar, y decida trabajar en los establecimientos “focalizados”. Esto sucede principalmente con el personal médico, lo que se traduce en el recambio frecuente del mismo. A esto, se debe añadir la inestabilidad laboral ocasionada por la brevedad de los períodos de extensión del proyecto.

Es importante mantener la continuidad del personal que labora en las clínicas comunitarias, ya que esto tiende a favorecer la motivación, la identificación con la población y el conocimiento de la misma, y por ende la creatividad en los aspectos de prestación, promoción y prevención. Esta continuidad se ve favorecida si el personal percibe la estabilidad de la institución en la cual labora, los ingresos que reciben en relación a la canasta básica y a los ingresos que los mismos profesionales reciben en otras instituciones, tal es el caso del PSBPT.

5.5.3 CAPACITACION RECIBIDA

El Anexo N° 02 muestra las diversas capacitaciones realizadas durante la ejecución del proyecto, en ella se observa que las capacitaciones han sido realizadas tanto en Lima como en Provincias. Estas capacitaciones fueron ejecutadas de acuerdo a los presupuestos aprobados por AID.

En entrevistas con el personal, los temas de las capacitaciones referidas por el personal profesional y técnico de las clínicas comunitarias de las diferentes zonas, son las siguientes:

- ◆ Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA
- ◆ Anticoncepción por Lactancia Materna (MELA)
- ◆ Métodos Anticonceptivos - Actualización
- ◆ Consejería en Planificación Familiar
- ◆ Autoconciencia en Salud Reproductiva y Género
- ◆ Métodos Naturales
- ◆ Asepsia y Antisepsia

Además, específicamente en la zona de Huancayo, el personal ha recibido capacitación en

- ◆ Evaluación de Programas y Programación en Salud Reproductiva
- ◆ Plan metodológico - Comunicaciones IEC
- ◆ Calidad de Atención

Específicamente en la zona de Trujillo, el personal ha recibido capacitación en

- ◆ Cómo llegar al usuario
- ◆ Paternidad Responsable
- ◆ Calidad en la Atención

Las últimas capacitaciones, según las entrevistas realizadas al personal de las clínicas comunitarias, fueron realizadas durante el año 1996 y generalmente por INPPARES, PRISMA y ATLF, así como por el personal de las Sedes Centrales (Cusco, Puno, Trujillo y Lima). No se realizaron capacitaciones durante 1997. Las capacitaciones tenían como estrategia las replicas en cascada.

Según PRISMA la limitación presupuestal para las capacitaciones locales hizo que en ocasiones, hicieran uso de sus fondos de asesoría técnica para el desarrollo de cursos de actualización, metodología y consejería a nivel de Lima y provincia, según si éstas eran requeridas solo por una institución o varias de ellas.

Otras capacitaciones eran programadas en función de las deficiencias observadas en las supervisiones. Para estas capacitaciones, PRISMA era la encargada de coordinar con las PVOs el personal a capacitar o lo seleccionaban directamente. Sin embargo, hubo ocasiones en que la persona que acudía a la capacitación no era la técnicamente indicada, no existiendo el seguimiento y apoyo necesario.

Un aspecto desfavorable que influyó en el efecto de las capacitaciones fue el movimiento de personal, especialmente desde el 1996. Un ex-trabajador nos decía “me dijeron que en dos meses se cerraba el proyecto, por eso acepté el puesto que me ofrecieron en otra institución, pero me gustaba más el trabajo que yo hacía antes pero ya es más de un año y siguen. Yo fui capacitada en muchos cursos por PRISMA y me gusta como trabaja.”

La estrategia de las capacitaciones era la replica en cascada. El éxito de la misma está relacionada con el proceso de selección de los participantes en las capacitaciones, la motivación, habilidades y ascendencia de los futuros capacitadores, los materiales didácticos disponibles y el presupuesto correspondiente. En la presente evaluación se encontró que la selección se realizaba desde las sedes centrales y algunas veces sin las coordinaciones pertinentes “la selección del personal se hacía por relaciones personales” (Entrevista de equipo de trabajo de Huancayo). Todo esto redundó en que la estrategia de replica en cascada no se dio según lo esperado.

5.5.4 NECESIDADES DE CAPACITACIÓN

En la Tabla N° 04 se muestran las necesidades sentidas en capacitación. Los resultados muestran que en el campo de la salud reproductiva, los principales temas requeridos están relacionados con planificación familiar: Actualización en métodos anticonceptivos modernos (29.6%), Uso de Norplant (14.8%), Actualización en métodos anticonceptivos naturales (12.9%) y Métodos quirúrgicos y consejería en planificación familiar (11.1%). Solo dos temas están relacionados a otros aspectos de salud reproductiva, estos son ETS y SIDA (20.3%) y Salud sexual y salud reproductiva (16.6%).

Llama la atención que pese a que la pregunta estaba dirigida a indagar sobre necesidades de capacitación a temas relacionados a salud reproductiva, un 70% de trabajadores de las diferentes clínicas comunitarias hicieron mención a temas referentes a la gestión de los servicios, calidad de atención, relaciones interpersonales y programas verticales del MINSA (PRONACEDCO, PCIRA, PCREDE). El grupo profesional que más solicitó capacitaciones en gestión fue el grupo de las obstetras.

Estas respuestas, fruto de la percepción de sus propias necesidades de capacitación, refuerzan el concepto que para los servicios de atención primaria (como las clínicas comunitarias) se requieren servicios diversificados que busquen satisfacer las necesidades sentidas de la población. La experiencia muestra que los establecimientos

de atención primaria de salud deben prestar servicios diversificados, buscando captar a la mayor proporción de la población del área de influencia tanto urbana como rural

Asimismo, como resultado de la observación de las atenciones brindadas a los pacientes durante el estudio de evaluación, se pudo inferir que existen necesidades de capacitación en temas diversos

- ◆ Metodos de Consejería
- ◆ Salud Reproductiva
- ◆ Atención Integral
- ◆ Relaciones interpersonales y metodología de llegada al usuario
- ◆ Gestión y Administración de Establecimientos de Salud, incidiendo en el trabajo específico de la PVO
- ◆ Manejo de formatos propios de los establecimientos

TABLA N° 04

NECESIDADES DE CAPACITACION

TEMAS	Médicos n = 10	Obstetr N =16	Enferm n =4	Otros Prof n = 2	Tecn n = 22
SALUD REPRODUCTIVA					
1 Efectos colaterales de todos los Metodos Anticonceptivos - Manejo	2/10				
2 Metodos Inyectables	1/10	2/16	1/4		
3 Control Prenatal	1/10	1/16			1/22
4 Metodos Quirurgicos Definitivos AQV - Vasectomia	4/10	1/16	1/4		
5 Laparoscopia	2/10				
6 Infertilidad	1/10	1/16			
7 Insercion y Retiro de Norplant - Efectos secundarios	2/10	4/16	2/4		
8 Genero aplicado a procesos de salud	1/10			1/2	
9 Consejería en Planificación Familiar	1/10	2/16			3/22
10 Actualización en Planificacion Familiar - Metodos Modernos		8/16	1/4	1/2	6/22
11 Salud Sexual y Reproductiva - riesgo Reproductivo		4/16			5/22
12 Calidad de Atencion en Salud Reproductiva		1/16			
13 Enfermedades de Transmision Sexual - SIDA		1/16	2/4		8/22
14 Psicoprofilaxis		3/16			
15 Lectura de PAP		1/16			
16 Cauterizaciones		1/16			
17 Ecografía		1/16			
18 Educación Sexual en adolescentes		1/16			
19 Actualizacion en Métodos Anticonceptivos Naturales		1/16			6/22
20 Embarazo de Alto Riesgo		1/16			
21 Sexualidad			1/4		3/22
22 MELA					2/22
23 El niño y el adolescente					1/22
24 Escuela de Padres					1/22
25 Parto					2/22
26 Climaterio					1/22

TABLA N° 04 (cont)

NECESIDADES DE CAPACITACION

TEMAS DE GESTIÓN	Médicos	Obstetr	Enferm	Otros Prof	Tecn
1 Manejo de Personal y Gestion	1/10				
2 Organizacion – Administracion y Procesos Gerenciales	4/10				
3 Evaluacion de Programas	1/10			1	
4 Sistema de Mejoramiento y Garantia de Calidad – Calidad de atencion	1/10	2/16			1/22
5 Planeamiento Estrategico en Comunicación	1/10				
6 Labor administrativa de Programas		1/16			
7 Manejo de Fondos, Costos		1/16			
8 Sistemas administrativos acordes a la política de la Institucion		1/16			
9 Organización del Servicio					2/22
OTROS TEMAS					
1 Crecimiento y Desarrollo	2/10	2/16			
2 Control de Infecciones Respiratorias Agudas	2/10	2/16			
3 Control de Enfermedades Diarreicas Agudas	2/10	2/16			
4 Como llegar al usuario		1/16			1/22
5 Manejo de grupo en adolescentes, como llegar a ellos		1/16			
6 Relaciones interpersonales		1/16			
7 IEC		1/16			
8 Reforzamiento en Salud Integral		1/16			
9 Psicología del Paciente		1/16			
10 Maltrato Familiar		1/16			
11 Aspectos sociales del paciente		1/16			
12 Asepsia y Antisepsia					2/22
13 Control de Funciones Vitales					
14 Esterilización de mat Quirurgicos					2/22
15 Primeros Auxilios					1/22

5 5 5 EVALUACIÓN DEL PERSONAL

No existe en el proyecto una política de evaluación del personal, pese a lo cual las PVOs tienen formas y criterios de evaluación comunes. Los resultados obtenidos a través de las encuestas aplicadas al personal así como en las entrevistas a todo el grupo de trabajo muestran lo siguiente:

a Zona Trujillo

La evaluación del 100% de las clínicas comunitarias es realizada mensualmente, basada en la producción, cobertura y rendimiento.

Se encuentra a cargo de la Coordinadora rural en las clínicas comunitarias rurales y a cargo de la coordinadora general en la clínica periurbana de La Esperanza.

b Zona Cusco

En un 25% de las clínicas comunitarias visitadas la evaluación se realiza mensualmente y en 75% de ellas la evaluación es trimestral y semestral, en base a la producción, cobertura y rendimiento.

La evaluación es realizada por la Coordinadora de Programas y el Director Ejecutivo, de PLANIFAM - Cusco.

c Zona Puno

El 100% del personal de las clínicas comunitarias es evaluado mensualmente, en base a la producción, cobertura y rendimiento de cada uno de los establecimientos.

La evaluación es realizada por el Director Ejecutivo, Director Médico y el Coordinador de Programas de PLANFAMI - Puno.

d Zona Tarapoto

La evaluación de las actividades de los establecimientos se realiza mensual y trimestralmente, en base a coberturas, producción y rendimiento.

La evaluación es realizada por la Coordinadora zonal y por el equipo de INPPARES Lima

e Zona Junín

Dentro de las entrevistas realizadas, el personal de los establecimientos de Chupaca y Huancayo refieren que no se tiene un sistema de evaluación de las actividades realizadas

f Zona Lima

El 100% de las clínicas comunitarias visitadas en Lima, realiza evaluaciones trimestrales, en base a productos y coberturas

La coordinadora responsable de cada establecimiento es quien realiza esta actividad, además en la Clínica comunitaria de Los Olivos existe un sistema de autoevaluación mensual en base a metas programadas

Como se puede observar no existe un sistema estandarizado de evaluación de las actividades realizadas por el personal. Si bien es cierto que ello no ha originado ningún problema significativo en su desempeño - en opinión tanto de los trabajadores, de los directivos de las PVOs, como del personal de PRISMA - la evaluación debería estar reglamentada, pues esta es un instrumento más para garantizar la calidad técnica del personal en la prestación de los servicios

5 6 INSUMOS Y EQUIPOS PARA ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR

5 6 1 EQUIPAMIENTO

En lo referente a equipamiento, tanto lo concerniente a mobiliario como al instrumental médico, fueron proporcionados por AB Prisma a las PVOs. En la Tabla N° 05 se muestra el equipo encontrado en las visitas

En relacion a la capacidad para realizar anticoncepcion quirurgica -masculina y femenina, se encontro tal como se observa en la Tabla N° 05, lo siguiente

- El 13 3% de las Clinicas visitadas, poseen equipos completos de AQV y vasectomia Clinicas Centrales de Puno y Cusco
- El 46 7% de las Clinicas Comunitarias visitadas, no poseen equipo de AQV femenino ni de vasectomia Julcan, La Esperanza y Chepen en Trujillo, Calca, Simón Herrera, San Pedro en Cusco, Pallalla, en Puno
- La Clínica Comunitaria de Tarapoto, posee equipo para AQV femenino, no posee equipo para vasectomía
- El 20 0% de las clinicas visitadas poseen equipo de vasectomia, pero no tienen equipo de AQV femenino San de Lurigancho, Comas y Los Olivos en Lima

En lo referente a pinza para extraccion de DIU, un 26 6% de establecimientos visitados no lo tienen Julcán, Calca , San Pedro y Pallalla

En el 73 3% de clinicas visitadas, existe el equipo audiovisual necesario para brindar información y consejeria en lo referente a Salud Reproductiva y Planificacion Familiar como VHS, TV, pizarras acrilicas, a excepcion de Calca, Simón Herrera, San Pedro en Cusco en donde no tienen ni VHS ni TV En el caso de Chupaca tanto el TV como la moto que fueron proporcionados fueron robadas a los pocos dias de su compra

Las diferentes Clinicas Comunitarias, poseen equipamiento para actividades de difusion en la comunidad como equipo de perifoneo y parlantes

TABLA N° 05

EQUIPAMIENTO EXISTENTE EN LAS CLINICAS COMUNITARIAS

EQUIPAMIENTO	SM	TRUJILLO			CUSCO			
	TAR	JUL	ESP	CHE	CAL	SH	SP	C C
Camilla ginecologica	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Estetoscopio	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Tensiometro	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Balanza adulto	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Lámpara cuello de ganso	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Especulos grandes	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Equipo insercion DIU	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Equipo AQV femenino	S1	No	No	No	No	No	No	S1
Equipo vasectomia	No	No	No	No	No	No	No	S1
Equipo implante Norplant	S1	No	No	No	No	No	No	No
Pinza anillo	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Pinza extracción DIU	S1	No	S1	S1	No	S1	No	S1
Recipiente instrumentos usados	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Esterilizadora	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
TV	S1	S1	S1	S1	No	No	No	S1
VHS	S1	S1	S1	S1	No	No	No	S1

EQUIPAMIENTO	PUNO			JUNIN		LIMA		
	PAL	S M	CC	CHU	HUA	SJL	LO	COM
Camilla ginecologica	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Estetoscopio	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Tensiometro	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Balanza adulto	S1	No	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Lampara cuello de ganso	S1	No	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Especulos grandes	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Equipo insercion DIU	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Equipo AQV femenino	No	No	S1	No	S1	No	No	No
Equipo vasectomía	No	No	S1	No	S1	S1	S1	S1
Equipo implante Norplant	No	No	No	No	S1	S1	S1	S1
Pinza anillo	No	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Pinza extraccion DIU	No	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Recipiente instrumentos usados	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Esterilizadora	S1	No	S1	S1	S1	S1	S1	S1
TV	S1	No	S1	S1	S1	S1	S1	S1
VHS	S1	No	S1	S1	S1	S1	S1	S1

5 6 2 INSUMOS DE PLANIFICACION FAMILIAR - LOGISTICA

En lo referente a insumos -anticonceptivos de corta y larga duracion (barrera, anticonceptivos hormonales orales e inyectables, DIU)- el 100% de los establecimientos de Puno, Cusco, Trujillo, Tarapoto, Huancayo, y Lima, poseen lo necesario para brindar una adecuada atencion en Planificación Familiar

La distribucion de insumos a la poblacion es realizada tanto por el personal de las clinicas comunitarias como por los promotores, principalmente metodos de barrera y, en los capacitados, anticonceptivos orales En las clinicas el sistema logistico que se usa para el control de insumos es mediante el sistema de Ingresos/Salida (Kardex - Tarjeta visible), generalmente a cargo de la tecnica asistencial El control de los insumos distribuidos por los promotores, esta a cargo de las supervisoras de campo (tecnicas de enfermeria) Todo el control logistico esta bajo la supervision de la coordinadora responsable del Establecimiento

En cuanto a la solicitud de insumos al nivel central [Prisma (Trujillo), Planfam (Cusco), INPPARES (Lima, Huancayo, Tarapoto)] se realiza mensualmente En el caso de los establecimientos de Puno (Planifam) la solicitud se hace de manera trimestral La solicitud de insumos, se hace a traves de la coordinadora, mediante un formato o guia de pedido

5 7 GESTION ORGANIZACIONAL

5 7 1 PLANES OPERATIVOS

En el periodo 1989 - 1994, el enfasis del Proyecto estaba puesto en los resultados, en el cumplimiento de metas, entendidas como años proteccion pareja (APPs), MAC distribuidos, DIUs insertados, vasectomías o AQVs realizados, promoviendo de manera explícita el uso de MAC de larga duración En el periodo 1994 -1996, al ser una extension del proyecto original, se siguen manteniendo los objetivos iniciales, pero por

el contrario cambia el énfasis de producto por el de calidad en la prestación de servicios, ello se traduce en el desarrollo de indicadores de calidad, tales como uso de capacidad instalada, costo-efectividad, índice de recuperación de costos y niveles de permanencia en el programa

Esta suerte de doble mensaje que se presenta desde el proyecto mismo, (presente en la Extensión 4) se va a expresar en todos los niveles de la ejecución del Proyecto. En los PVOs ello se observó en los planes operativos donde existe preocupación por la calidad, sin embargo las metas se encuentran expresadas como producto

Esta preocupación por el cumplimiento de metas se va a expresar en estrategias extramurales de captación de pacientes, siendo un extremo la experiencia de PLANFAMI, donde los DIUs eran colocados en la casa de las mujeres en edad fértil aumentando así el número de APPs, pero donde la calidad de la atención es cuestionable. Otro ejemplo se observa en los formatos de PRISMA, donde las variables incluidas son fundamentalmente variables de producción (APPs, DIU insertados, AQV realizadas, etc.) Ver Tabla N° 06

En cuanto a la elaboración de los planes operativos, estos se han hecho en base a diferentes modelos y metodologías de trabajo, de acuerdo a cada clínica comunitaria según se describe

a Zona Trujillo

El plan operativo se realiza mediante un trabajo en equipo, partiendo desde los niveles operativos. El personal técnico y profesional de cada uno de los Establecimientos y los promotores de la zona establecen conjuntamente el cronograma de actividades a seguir, especialmente en lo relacionado a campañas o actividades itinerantes. Este cronograma es presentado y discutido en conjunto con el personal administrativo, la coordinadora general y la coordinadora rural de PRISMA-Trujillo, quienes en base a reuniones de trabajo, elaboran el Plan Operativo correspondiente a cada período

El Plan Operativo es conocido por cada uno de los trabajadores de los Establecimientos y es monitoreado mensualmente por el equipo local y la Coordinación de Trujillo, en función de las metas alcanzadas, la evaluación del cumplimiento de los objetivos trazados, y el cumplimiento de sus cronogramas

b Zona Tarapoto

El plan operativo se realiza directamente desde la Sede Central en Lima, mediante coordinaciones con la Coordinadora de la Sede, quien a su vez socializa con el equipo del Establecimiento la elaboración del cronograma en cuanto a fechas y lugares se refiere. No existe una participación directa del equipo del Establecimiento en la elaboración de objetivos, metas y estrategias

Algunos trabajadores del Establecimiento desconocen la existencia de un Plan Operativo y otros conocen de él de “manera verbal”, desconociendo los objetivos, metas trazadas y estrategias planteadas para el siguiente periodo. Actualmente trabajan estableciendo un cronograma de acuerdo a necesidades de la población y la ubicación y distancia de las zonas específicas de trabajo

No existe un monitoreo propiamente del Plan Operativo, sino más bien un seguimiento del cumplimiento del Cronograma establecido en la Sede de la Banda de Shilcayo. Este monitoreo se realiza mensualmente a través de la Coordinadora, del Establecimiento, mediante seguimiento de usuarias (registro de seguimiento), cumplimiento del cronograma a través de reuniones mensuales programadas

c Zona Huancayo

La elaboración del Plan Operativo para la Zona Huancayo – Chupaca, es realizado desde la Sede Central en Lima. La única coordinación que se mantiene con el Coordinador de la zona está dirigida a la elaboración del cronograma de actividades mensuales. Este cronograma continúa siendo elaborado por la Coordinadora y la Supervisora de la zona, cada fin de mes

En esta zona los trabajadores asocian el Plan Operativo con la elaboración de un

cronograma de actividades en las comunidades. Al preguntarse con mayor detalle sobre el Plan Operativo, los clientes internos refieren no poseer uno, desconociendo metas, objetivos trazados y estrategias planteadas en el plan operativo elaborado en el nivel central en Lima.

No se constató la existencia de un Plan Operativo en la zona. Asimismo, no existe un monitoreo propiamente dicho, sino una evaluación permanente del cronograma establecido mensualmente. El incumplimiento de actividades itinerantes programadas es evaluado por la coordinadora y supervisora de la zona.

d Zona Puno

En cada uno de los Establecimientos rurales y urbano de la Zona de Puno se elabora la descripción de las actividades a realizarse en todo el período y se establece un cronograma para las mismas. Este Plan de actividades elaborado en cada uno de los centros asistenciales es el insumo para la elaboración del Plan Operativo.

Estos “planes de actividades”, elaborados en cada uno de los Establecimientos, son enviados a PRISMA - Lima, donde son utilizados para la elaboración de un Plan Operativo General de cada uno de los períodos.

El Plan operativo es monitoreado quincenalmente por la Coordinadora del Programa y mensualmente por el Director ejecutivo y el Director médico de la PVO.

e Zona Cusco

La elaboración del Plan Operativo es realizada por el equipo de cada uno de los Establecimientos y la sede Central en Cusco, siendo elevados a nivel Central en Lima, para su aprobación final. Los planes operativos se establecen por períodos y son conocidos por todos los trabajadores de las diferentes clínicas Comunitarias. Esta capacidad para la elaboración del Plan Operativo está asociada al desarrollo y “maduración” de PLANIFAM como institución.

El Plan Operativo es monitoreado mensualmente por el Coordinador de Programas y la Directora Ejecutiva de PLANIFAM

f Zona Lima

El Plan operativo en las Clinicas Comunitarias de Lima, es realizado por el equipo de salud mediante un esquema de trabajo preestablecido, en coordinacion con el equipo de la Sede Central de INPPARES - Lima, este es conocido por todo el personal de la clinica

Los planes operativos son monitoreados mensualmente y en el caso de Comas lo es trimestralmente Esta actividad se realiza de manera grupal bajo la responsabilidad de la Coordinadora local

Para el periodo 1997 - 1998, se ha establecido un Modelo de Plan Operativo, que incluyen dentro de las actividades diferentes componentes definidos Prestacion de Servicios, Administracion, Coordinacion, Capacitacion, IEC, y Evaluacion, Supervision y Monitoreo

5 7 2 SUPERVISIONES

La supervision es un medio de apoyo directo para el cumplimiento de las responsabilidades institucionales, pues permite comunicar lo que se quiere hacer y como hacerlo en las unidades operativas Esta supervisión ayuda a percibir lo que en realidad esta sucediendo en el establecimiento, a motivar al personal y a la capacitacion en servicio

En las entrevistas realizadas al equipo de AB PRISMA, ellos refirieron que las supervisiones eran de 2 tipos

- *Supervisión técnica* realizada trimestralmente, que buscaba evaluar el cumplimiento de los planes operativos y de los modelos de trabajo propuestos,
- *Supervisión financiera* en la que se buscaba revisar los informes financieros mensuales y los documentos sustentatorios, que se debía realizar trimestralmente

Para la programación y ejecución de las supervisiones por AB PRISMA, se seguían los siguientes pasos

- Coordinación previa con el responsable de las PVOs quien a su vez coordinaba con sus clínicas comunitarias Mas aun la intencion era que los coordinadores de las PVOs acompañasen y participasen de las supervisiones, hecho que "no usualmente sucedía"
- Luego de aplicar los instrumentos estandarizados de supervisión, se realizaba el proceso de enseñanza y recomendaciones
- Finalmente se enviaba a los coordinadores de las PVOs un informe escrito con el resultado de la supervisión
- Los coordinadores de las diferentes PVOs eran los responsables de hacer la difusión del resultado de la supervisión a cada una de las clínicas comunitarias de su jurisdicción

A través del análisis de los instrumentos utilizados durante la evaluación, se obtuvieron los siguientes resultados

a Zona Trujillo

Las supervisiones son realizadas dos veces por mes por PRISMA Trujillo a través de la coordinadora rural, quien se encarga de evaluar aspectos asistenciales (cumplimiento de cronograma, atenciones, etc), así como aspectos administrativos (contabilidad, logística)

AB PRISMA Lima realiza la supervisión sin un cronograma preestablecido según

refirio PRISMA Trujillo Por el contrario PRISMA Lima manifesto que habian cronogramas para la supervision de las diferentes actividades administrativas (contables, logisticas) y asistenciales (atención propiamente dichas)

Para las unidades operativas, en las supervisiones realizadas por PRISMA Lima se evaluaba principalmente el cumplimiento de las metas no así la calidad en el desempeño ni se ponía énfasis en la capacitación

b Zona Tarapoto

Se realizan supervisiones desde Lima a través de PRISMA-Lima y de INPPARES, de manera trimestral y/o mensual, de las diferentes actividades realizadas por el establecimiento tanto asistenciales como administrativas

Al igual que en Trujillo, las unidades operativas de Tarapoto refieren desconocer la existencia de un cronograma de supervisiones, y que cuando estas son realizadas el acento está puesto en la producción de APP s

c Zona Huancayo

Las supervisiones son realizadas por PRISMA cada 2 a 3 meses, y por INPPARES, cada 5 a 6 meses También se realizan supervisiones por la coordinación central de la zona sin una periodicidad definida

Los trabajadores refirieron que no existía coordinación entre las supervisiones asistenciales y las administrativas Por ejemplo, en una ocasión se encontraron ambos equipos de PRISMA, sin que existiese una coordinación previa

d Zona Puno

No existe un cronograma establecido para las supervisiones, éstas son realizadas por el equipo ejecutivo de Planfam Puno y por PRISMA Lima

En las entrevistas con los equipos de las unidades operativas también manifestaron que las supervisiones estaban “dirigidas a buscar errores” Existe una negativa percepción de las mismas “los supervisores que nos evaluaban bien ya no

regresaban”

e Zona Cusco

Las supervisiones son realizadas por la Coordinacion Central de PLANFAMI Cusco y por PRISMA Lima. El personal de las clinicas refirio “no conocemos que exista un cronograma”

Tambien refirieron que las supervisiones tendian a ser muy detallistas en lo referente a actividades realizadas en PF y en logistica (manejo y dotacion de insumos), con poco enfasis en la promocion de la capacitacion en servicio

f Zona Lima

Las supervisiones son realizadas generalmente una vez por mes, por PRISMA Lima y/o INPPARES nivel central, no existiendo un cronograma preestablecido. Durante las supervisiones, ademas de evaluar la produccion de atenciones en planificaci3n familiar, se evaluaba los aspectos financiero y logistico, principalmente en lo relacionado al aprovisionamiento de insumos y de material IEC

Refiere el personal entrevistado que durante las supervisiones no se da la misma importancia a las actividades preventivo promocionales y/o atenciones de adultos y ni3os en general. No existe una evaluacion del desempe3o por parte de los supervisores

Mensual o trimestralmente, se realizan reuniones t3cnicas en cada una de las clinicas comunitarias de Lima, con todos los miembros del equipo dirigidas por la coordinadora o el m3dico encargado, en las cuales se evalúan las actividades realizadas y tambien indirectamente el desempe3o

En relaci3n a la percepcion de las supervisiones, los trabajadores refieren que la calidad de las mismas dependia de quien realizase la supervision, pues habia entre el personal de

PRISMA, unos mas autoritarios y con afan de critica y otros mas propensos a enseñar
Otro grupo de trabajadores refiere que estas eran mas de tipo auditoria, que supervisiones propiamente dichas

Al preguntar al equipo de PRISMA refiere que estas supervisiones tienen doble percepcion de acuerdo al lugar donde se desempeña el personal

- Por parte del nivel central institucional, PVOs y PRISMA, donde la supervision es entendida como parte del proceso enseñanza - aprendizaje
- Por parte del personal de la periferia, quienes la perciben como una fiscalizacion

Esta doble visión, nos muestra una disociacion entre la intencionalidad primaria institucional y la percepción de los clientes internos hacia la supervisión. Ello es entendible considerando otros aspectos, tales como

- (i) Patrones culturales, donde las personas ligan la supervision como un acto de crítica, control o incluso investigación del trabajo realizado
- (ii) Relaciones interpersonales, donde se promueve un mayor o menor nivel de comunicacion y enseñanza durante el proceso de supervision
- (iii) Cultura Organizacional, relacionandose esto con las propias definiciones y percepciones que cada grupo posee en relacion a la supervisión, no existiendo una integralidad entre las acciones y los conceptos

5 7 3 TOMA DE DECISIONES

La toma de decisiones, se realizan tanto a nivel macro o Institucional y a nivel micro en cada establecimiento o clinica comunitaria

En el proceso de toma de decisiones a nivel macro se deben considerar elementos de tipo político y técnico. En los elementos políticos se incluyen aspectos de interés inter-institucionales, éstos guardan relación con la misión y visión de las instituciones. Por otro lado, los elementos técnicos consideran el análisis de la prestación de los servicios de salud, en el contexto de calidad, equidad y eficiencia.

En este proyecto se ha observado que no existe una clara definición de los derechos y obligaciones de cada una de las instituciones participantes. Lo cual ha ocasionado situaciones de conflicto entre USAID y AB PRISMA, y AB PRISMA y las PVOs. Un ejemplo evidente de esto, descrito tanto por AB PRISMA como por PLANIFAM, es lo sucedido en la clínica comunitaria de Quillabamba, donde AB PRISMA ordenó su cierre debido a la baja cobertura y el bajo índice de recuperación de costos, por otro lado PLANIFAM determinó unilateralmente que el establecimiento no debía cerrarse, por razones estratégicas y para ello, rediseñaron nuevas estrategias que han originado que en la actualidad, dicho establecimiento sea "prácticamente" autosostenible. AB PRISMA refiere que "han habido otras ocasiones donde la decisión de las PVOs no ha sido tan exitosa".

Con respecto a las decisiones a nivel micro, estas se relacionan principalmente con el Plan Operativo Institucional y con los recursos captados.

a Zona Trujillo

➤ Referente al Plan Operativo

El equipo de las clínicas comunitarias posee autonomía para modificar, reprogramar o programar actividades extras dentro del Plan Operativo, en coordinación con la Coordinadora General y la Coordinadora Rural de PRISMA - Trujillo.

En esta reprogramación de actividades o nuevas programaciones, participa todo el equipo del establecimiento, conjuntamente con los promotores y las autoridades comunales, principalmente en lo referente al cronograma de actividades.

➤ Referente a recursos captados

En cuanto a los recursos captados por atenciones, en las clínicas comunitarias, son revertidos a la Sede Central en Trujillo, para disponer de su ejecución. Estos recursos son utilizados en materiales e insumos necesarios, que no se encuentran dentro del presupuesto programado: pago de recursos humanos (médico, pasaje de promotores, etc.), pago de servicios en los establecimientos (ej. lavado de ropa), y como fondo común para satisfacer las diferentes necesidades surgidas en cada uno de los establecimientos.

b Zona Tarapoto

➤ Referente al Plan Operativo

El equipo posee autonomía para reprogramar su plan o cronograma de actividades, coordinando con INPPARES Lima.

➤ Referente a recursos captados

Poseen autonomía para el manejo de sus recursos propios, los que son depositados en una cuenta bancaria propia del establecimiento; su ejecución se dispone previa coordinación con Lima. Estos recursos son utilizados en la compra de insumos (métodos anticonceptivos como condones, píldoras o inyectables de “marca”) los cuales sirven para generar recursos al establecimiento y para compra de otros materiales que el equipo de salud juzgue necesario.

c Zona Huancayo

➤ Referente al cronograma de actividades

Los Establecimientos poseen autonomía para reprogramar el cronograma de actividades de acuerdo a necesidades presentadas; generalmente esta reprogramación se hace con el equipo del Establecimiento con participación de promotores y representantes de la Comunidad. En ocasiones esto no se cumple, y actividades reprogramadas no son coordinadas a tiempo con los

promotores y representantes de la comunidad, ocurriendo que la población concurra a una actividad y el equipo no se presente

➤ Referente a Recursos Captados

Los recursos captados tanto en Huancayo como en Chupaca, son depositados en una cuenta bancaria, disponiéndose su ejecución a nivel central en INPPARES - Lima

Zona Cusco

➤ Referente al Plan Operativo

Las Clínicas comunitarias poseen autonomía para reprogramar su Plan Operativo, principalmente en lo referente al cronograma de actividades. Asimismo, pueden programar actividades extras, la cual es realizada por el equipo de cada uno de los Establecimientos, previa coordinación con el nivel Central en Cusco

➤ Referente a recursos propios

Los recursos captados por las clínicas comunitarias, son revertidos al nivel Central en Cusco, donde se dispone de su ejecución, para el pago de recursos humanos, adquisición de materiales, pago de servicio, material IEC, de los diferentes establecimientos, así como para el pago del alquiler de establecimientos financiados con recursos propios

d Zona Puno

➤ Referente al Plan Operativo

Las Clínicas comunitarias en Puno no poseen autonomía para reprogramar el Plan Operativo, en lo referente a actividades a realizar, esto se realiza desde nivel Central - Puno

Poseen autonomía para programar actividades extras en caso de ser necesarias, lo cual a su vez debe ser coordinado e informado a los promotores de las zonas de influencia para evitar descoordinaciones en el momento de realizarse la

actividad

➤ Referente a recursos captados

Los recursos captados son revertidos al nivel Central – Puno, siendo utilizados como fondo común de los diferentes establecimientos, para la adquisición de materiales e insumos necesarios

e Zona Lima

➤ Referente al Plan Operativo

Poseen autonomía para reprogramar y programar actividades extras dentro del Plan Operativo, principalmente en lo referente al cronograma de actividades. Esto es realizado por el equipo de cada uno de los Establecimientos

➤ Referente a Recursos Captados

Los recursos captados por las Clínicas Comunitarias, son revertidos a nivel Central de INPPARES - Lima, donde se dispone de su ejecución de acuerdo a lo presupuestado y a las necesidades presentadas por cada una de las clínicas

Como se observa en las diferentes clínicas comunitarias, la toma de decisiones respecto al Plan Operativo es limitada, ya que se encuentra circunscrita por lo general a la reestructuración o programación extra del cronograma de actividades. Los recursos captados no son manejados directamente por cada una de las clínicas comunitarias, sino más bien por el nivel central quien dispone de su ejecución. Esta limitación en la toma de decisiones es más evidente en las clínicas que dependen directamente de Lima (INPPARES)

La Toma de decisiones promueve la autosuficiencia de los establecimientos, entendida como la habilidad de una institución para ampliar su gama de servicios a usuarios mientras disminuye su dependencia de fondos externos e incrementar los aportes locales⁴. En la evaluación se encontró que las clínicas comunitarias son eminentemente

⁴ Rizo A, Aramburu C, Murray N y Wulf D (1994) Manual del Administrador de

ejecutoras con capacidad de decisión muy limitada

5 8 GESTION FINANCIERA

5 8 1 COSTOS

En el contexto de calidad de la prestación de servicios de planificación familiar, la Extensión 4 establecía

- La realización de estudios de costos, buscando determinar, entre otros, el índice de recuperación y determinar así la factibilidad de la autosostenibilidad económica-financiera de cada una de las PVOs
- Una segunda intención era buscar la transferencia de competencias técnicas a estas instituciones de manera que ellas fueran capaces de realizar sus propias estimaciones de costos en forma periódica en el futuro

Durante el año 1996 se realizaron los estudios para la implementación de un sistema de costos en PLANFAMI (Puno) y PLANIFAM (Cusco), los cuales nos fueron proporcionados para el análisis. También se nos informó de la realización de un estudio de costos en la Clínica La Esperanza (Trujillo), sin embargo no tuvimos acceso a dicha información. Estos estudios fueron realizados por AB PRISMA, siendo coordinados para su ejecución con las diferentes instituciones. Los principales resultados de los estudios de PLANFAMI Y PLANIFAM se muestran a continuación.

TABLA N° 06
ESTUDIO DE COSTOS

CUADRO DE RESULTADOS NIVELES	PLANIFAM FEBRERO 1996		
	COSTO	PRECIO	RECUPERAC
C Ginecológico - Clínica Central	35 2	14 4	41 0%
Inserción DIU - Clínica Central	40 6	19 4	47 8%
Análisis PAP - (Laboratorio)	22 6	15 0	66 5%
Analisis (Laborat /Clínica)	14 9	9 5	63 9%
C Ginecológico - P Perifericos	40 8	3 8	9 3%
Insercion DIU - P Periferico	46 1	6 4	13 9%
C Ginecológico - Z Rural	53 5	1 9	3 6%
Inserción DIU - Z Rural 1	58 9	7 7	13 1%
C Ginecológico - Z Rural2	55 3	2 1	3 8%
Insercion DIU - Z Rural2	60 4	4 7	7 8%
Cons Cauterizacion	20 6	28 3	137 6%
AQV (Ligadura, Vasectomia)	139 9	24 2	17 3%
Metodo - Pildora	2 2	1 0	44 7%
Metodo - Condon	1 5	0 1	6 8%
Metodo - Tableta	2 0	0 1	4 9%
Metodo - Inyectable	8 0	7 1	89 0%

Fuente Estudio de Costos Realizado por AB PRISMA en 1996

PLANFAMI - ESTUDIO DE COSTOS

CUADRO DE RESULTADOS NIVELES	PLANFAMI ENERO 1996		
	COSTO	PRECIO	RECUPERAC
Cons Ginecológico - Clínica Cent	29 4	5 0	17 0%
Insercion DIU - Clínica Central	37 4	8 0	21 4%
Cons Ginecolg - Serv Movil	26 6	0 0	0 0%
Inserción DIU - Serv Movil	34 5	0 0	0 0%
Cons Ginecolg - Z Rural	74 1	0 0	0 0%
Insercion DIU - Z Rural	81 5	0 0	0 0%
Análisis (PAP, TEST)	20 3	15 0	73 8%
AQV (Vasectomia, Ligadura)	56 1	5 0	8 9%
Metodo - Pildora	1 4	0 5	36 5%
Método - Condón	0 8	0 2	23 8%
Metodo - Tableta	1 0	0 2	19 1%
Metodo - Inyectable	6 6	5 0	76 1%

Fuente Estudio de Costos Realizado por AB PRISMA en 1996

En estos estudios se encontro que la capacidad de uso en las diferentes Clínicas Comunitarias era menor al 50% para los diversos servicios, la capacidad de recuperacion (indice de recuperacion) fluctuaba entre 17% y 21 4% (PLANFAMI) y 41 0% y 47 8% (PLANIFAM) para las Clinicas Centrales Siendo el indice de recuperacion de 0% (PLANFAMI) y entre 3 6% y 13 1% (PLANIFAM), para los servicios móviles y rurales

Las entrevistas realizadas a los trabajadores mostraron que ellos desconocian de la existencia de estos estudios y de los resultados de los mismos Por ello, no es de extrañar que los resultados obtenidos no hayan sido utilizados en la toma de decisiones a nivel micro, buscando la mejora de la calidad en la gestion de las PVOs Ademas, al preguntar en las sedes centrales de estas PVOs se encontro que no se habian realizado actividades tendientes a la transferencia de competencias tecnicas

El bajo índice de recuperacion de costos y la baja capacidad de uso, que guardan relación con las estrategias establecidas por las PVOs, hace practicamente inviable la autosostenibilidad en el corto plazo Ello implica que cualquier proyecto que intente ser desarrollado debiera considerar nuevas estrategias para aumentar la capacidad de uso

Este aumento de la capacidad de uso debe ser desarrollado tecnicamente a traves de la implementación de diferentes estrategias de mercadotecnia, que implican desde el inicio determinar las características del mercado y los segmentos de mercado (poblacion objetivo) Asimismo se debe tener en consideracion los cambios en las politicas del Sector Salud que implican de suyo que los servicios de salud que sean prestados por las PVOs deberan ser mas competitivos que los del MINSA tanto en calidad y accesibilidad económica, geografica y cultural

Un aspecto sumamente positivo a considerar, que tambien se enmarca dentro de los cambios que se vienen desarrollando en el Sector Salud, es la generacion de una cultura organizacional de costos La generacion de un cambio en la cultura institucional es un proceso lento que se da en el largo plazo Estos cambios deben darse mas rapidamente en instituciones pequeñas como son las PVOs, comparadas con el MINSA o el IPSS En

este sentido, la realizacion de estos estudios y la implementacion de sistemas de costos son los pasos iniciales en este proceso de cambio

5 9 PRESTACION DE SERVICIOS

Ademas de la prestacion de servicios en planificacion familiar, papanicolao, consejeria en salud reproductiva, control prenatal, las Clinicas Comunitarias ubicados en las zonas de Cusco, Trujillo, Tarapoto, Huancayo, Puno y Lima, tanto en los puestos fijos, como en los puestos móviles (actividades itinerantes y/o campañas), prestan servicios de atencion medica tanto en adultos como niños, cauterizaciones, atencion ginecologica propiamente dicha y en algunos establecimientos como en Trujillo, brindan atencion psicologica segun a la demanda de los pacientes. Asi tambien, algunas clínicas dentro de sus actividades fijas como móviles, desarrollan los programas verticales del MINSA, tales como CREDE, CEDA, CIRA (La Esperanza - Trujillo y Simon Herrera - Puno). Finalmente, dentro de las actividades de algunas clinicas, se realiza atencion de emergencia, curaciones e inyectables, lavado de oidos, etc

Otras instituciones han desarrollado convenios propios con Universidades, tal es el caso de PLANIFAM - Cusco, estableciendo una clinica al interior del campus universitario. Tambien se han creado servicios intermedios (exámenes auxiliares por convenio con laboratorios), como es el caso de las clinicas comunitarias de Trujillo y de Cusco, sobre todo para papanicolao, estableciendo una fuente mas de ingreso en los recursos propios

TABLA N° 07

SERVICIOS PRESTADOS POR LAS CLINICAS COMUNITARIAS

SERVICIOS PRESTADOS	SM	TRUJILLO			CUSCO			
	TAR	JUL	ESP	CHE	CAL	SH	SP	C C
Control Prenatal	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Papanicolao	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Inmunizaciones	No	No	No	No	No	No	No	S1
CREDE	S1*	No	No	S1	No	S1	No	No
CIRA	S1*	No	No	S1	No	S1	No	No
CEDA	S1*	No	No	S1	No	S1	No	No
Atencion adultos	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Atencion pediátrica	S1	No	No	No	No	No	No	S1
Emergencias	No	S1	No	No	S1	S1	No	S1
Cauterizaciones	S1	S1	S1	S1	No	No	No	No
Lavados de oído	S1	No	No	No	No	No	No	No
Presion arterial	S1	No	No	No	No	No	No	No
Psicológica	No	No	S1	No	No	S1	No	No
Curaciones o inyectables	No	No	No	No	No	No	S1	No

SERVICIOS PRESTADOS	PUNO			JUNIN		LIMA		
	PAL	S M	CC	CHU	HUA	SJL	LO	COM
Control Prenatal	S1	S1	S1	S1	No	S1	S1	S1
Papanicolao	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Inmunizaciones	No	No	No	No	No	No	No	No
CREDE	No	No	No	No	No	No	S1	No
CIRA	No	No	No	No	No	No	No	No
CEDA	No	No	No	No	No	No	No	No
Atencion adultos	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Atencion pediátrica	S1	No	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Emergencias	S1	No	S1	S1	S1	No	S1	No
Cauterizaciones	No	No	S1	--	--	S1	No	S1
Lavados de oído	No	No	No	No	No	No	No	No
Presión arterial**	No	No	No	No	No	No	No	No
Psicologica	No	No	No	No	No	No	No	No
Curaciones o inyectables	S1	No	No	S1	No	No	No	No
Infertilidad (inicio de tratamiento y orientacion)	--	--	--	--	--	S1	No	S1

* Las atenciones por CIRA, CREDE, y CEDA, son realizadas unicamente durante las actividades itinerantes

** La presion arterial se controla en casos de uso de MAC y en control pre natal, mas no en casos de control de pacientes hipertensos

5 9 1 FLUJOGRAMA - Prestacion de Servicios

La consejería es un pilar dentro de las actividades de Salud Reproductiva y Planificación familiar puesto que informa al usuario sobre el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, su salud reproductiva y lo interrelaciona de manera positiva con el prestador del servicio lo que favorece en la decisión adecuada sobre el método anticonceptivo a elegir y sobre todo lo educa en el conocimiento de su propio cuerpo y la importancia de su salud

En el flujograma de atención a usuarios y no usuarios de métodos anticonceptivos en las clínicas comunitarias de las PVOs visitadas, si bien existe un orden diferente en las actividades realizadas dentro del proceso de atención, estas presentan características en común, dentro de las cuales se evidencia la importancia de la consejería dentro del Programa de Planificación Familiar, la cual puede ser previa o durante la consulta

A continuación se describen las principales características comunes del flujograma de atención en las clínicas

- 1 En usuarios nuevos, luego del proceso de admisión al establecimiento reciben consejería en planificación familiar y pasan a la atención propiamente dicha, ya sea en planificación familiar, en medicina general y/o pediatría, para posteriormente entregarles el método elegido o indicar el tratamiento respectivo
- 2 Un 27% de casos, tanto en usuarios nuevos o antiguos, pasan previamente por triaje para luego acceder a la consejería o a la consulta
- 3 En 43% de las clínicas comunitarias, a los usuarios continuadores los atienden por la causa de consulta sin antes realizar una previa actividad de consejería. En el resto de casos se realiza la consejería durante la consulta

En el caso de las clínicas de Trujillo, San Pedro y Simón Herrera en Cusco, y el servicio móvil en Puno realizan consejería tanto a usuarios nuevos como antiguos, que acuden por cualquier tipo de consulta (Planificación familiar y otros). En el caso de las clínicas centrales en Cusco, Puno y Tarapoto los pacientes nuevos de Planificación familiar

reciben consejería, los pacientes que acuden por otro tipo de consultas y los continuadores reciben consejería si es necesario (Ver Anexo N° 03)

5 10 INFORMACION, EDUCACION, COMUNICACION

Las estrategias de captación y educación al usuario (tanto en las clínicas comunitarias como durante las actividades itinerantes) son parte primordial de las actividades de gestión de un establecimiento de salud, puesto que de esta forma se busca incrementar la demanda de los servicios, con usuarios mayor informados sobre aspectos y necesidades en salud

A continuación se describen algunas características del material IEC utilizado en las diferentes zonas

5 10 1 Zona Trujillo

El material IEC, utilizado en las clínicas comunitarias es elaborado a nivel de PRISMA - Lima (en coordinación con otras instituciones siendo una de ellas el MINSA) afiches, trípticos y folletos, y PRISMA - Trujillo volantes, folletería que son usados principalmente antes y durante las actividades itinerantes

La elaboración de material IEC, realizada a nivel de PRISMA - Trujillo, se realiza en coordinación con el personal profesional y técnico de las Clínicas rurales y periurbanas, quienes participan activamente en la elaboración y validación del material adaptándolo a la realidad y costumbres de la población de la zona

En lo referente a la validación, es importante resaltar la participación de los promotores y personas representativas de la comunidad, siendo un aporte valioso sus impresiones, comentarios y sugerencias

Existe un presupuesto específico para la elaboración del material IEC por PRISMA Trujillo, dentro de los gastos operativos para los establecimientos

5 10 2 Zona Cusco

El material IEC, es elaborado a nivel de PRISMA - Lima y a nivel de la Coordinación Central en el Cusco, donde se elaboran principalmente volantes, folletería e incluso afiches los cuales han tenido como característica la de asociar la falta de uso de métodos anticonceptivos con pobreza, disminución en la productividad del trabajo familiar y como consecuencia disminución en el bienestar familiar

En la elaboración y validación del material participan el personal profesional y técnico de las clínicas comunitarias, quienes aportan sugerencias respecto al contenido del material de difusión

El presupuesto para la elaboración de este material, es proveniente de PRISMA - Lima y como parte de los gastos operativos de los establecimientos

5 10 3 Zona Puno

La elaboración del material IEC se realiza principalmente a nivel de PRISMA - Lima y a nivel central Puno, con participación del personal de las clínicas y representantes de la población en la validación

En cuanto al presupuesto para la elaboración de material IEC este se encuentra dentro de los gastos operativos asignados a los establecimientos

5 10 4 Zona Tarapoto

El material IEC proviene de PRISMA - Lima, y un mínimo de material como folletos y volantes de difusión de las campañas y actividades itinerantes, es elaborado en Tarapoto, con participación del personal de la sede. El presupuesto para la elaboración de este material se encuentra dentro de los gastos operativos de la clínica

5 10 5 Zona Huancayo

El material IEC utilizado por las clínicas en Junín (Huancayo y Chupaca), proviene de PRISMA - Lima, y una parte del material de difusión (folletos, trípticos) utilizado en las actividades itinerantes y de campaña es elaborado por la sede central - Huancayo. La elaboración de los mismos es realizada directamente por el coordinador de la zona.

5 10 6 Zona Lima

El material IEC usado en las diferentes actividades de difusión y promoción de las clínicas comunitarias es elaborado por PRISMA - Lima e INPPARES. El financiamiento para su elaboración proviene de los fondos presupuestados por INPPARES y PRISMA para dichas actividades.

Como se puede observar, en la gran mayoría de establecimientos, el material IEC utilizado, es aquel que es producido por AB PRISMA, el cual muchas veces no ha sido validado en las sedes locales o regionales. Ello trae como consecuencia que el personal y la población no lleguen a comprender este material de acuerdo a sus estándares culturales, esto hace que existan dudas sobre su valor y aceptación por los pobladores de la zona.

En lo que respecta a material audiovisual, en las diferentes clínicas comunitarias visitadas, se observó el escaso uso de videos educativos, sobre temas de planificación familiar y/o salud reproductiva o algún otro tema referente a salud en general durante la espera para la atención, tiempo crucial para educar a la población. En aquellas clínicas donde los televisores estuvieron encendidos, se emitían los programas de la televisora local.

5 11 COBERTURAS Y ESTADÍSTICAS

En el Anexo N° 04 se describen la producción de las actividades realizadas tanto en las clínicas, postas y campañas por cada PVO, de Octubre 1994 a Agosto 1997. En el caso

de INPPARES y PRISMA Trujillo se cuenta con informacion de la produccion en las clínicas durante dicho periodo, no así las de las postas y campañas Tampoco se pudo contar con informacion de la produccion por cada clinica y su área de influencia

- En el caso de INPPARES se observa una disminucion mayor al 50% en las atenciones en planificacion familiar del segundo año (octubre 1995 - Setiembre 1996) comparadas con el primer año (Octubre 1994 - Setiembre 1995), y similar disminución en las atenciones ocurrió entre el segundo año y el tercero (Octubre 1996 - Agosto 1997) Tambien hay una disminucion similar en las atenciones que no fueron de planificacion familiar

En relacion a los APP s, la disminucion en el segundo año fue de 66 1% ($[21,121-8,441]/21,121$) en relación al primero, y de 44 1% ($[8,441-4,715]/8,441$) en el tercer año

Un indicador indirecto de la calidad de atencion es la razon existente entre usuarios continuadores y usuarios nuevos Esta razón fue 2 9 en el segundo y tercer año

El DIU fue el método de larga duracion mas utilizado durante los tres años En el caso de los métodos temporales, entre los de barrera los preservativos fueron los más distribuidos durante el primer año y entre los hormonales los anticonceptivos orales fueron los más distribuidos durante los tres años

- En el caso de PRISMA Trujillo se observa un aumento cercano al 300% ($1,543/417$) en las atenciones en planificación familiar del segundo año comparadas con el primer año, lo que esta asociado al cambio de la institucion encargada El aumento en las atenciones ocurrio en el tercer año, pero éste sólo fue en un 100% comparado con el segundo año Tambien hay un incremento similar en las atenciones que no fueron de planificacion familiar durante el segundo año, pero estas disminuyeron por encima del 50% en el tercer año Una posible explicacion a este cambio puede estar relacionado con la posibilidad (no comprobada) de que las clinicas comunitarias fueran progresivamente vistas como centros especializados en planificacion familiar

Sorprende que pese al aumento significativo en las atenciones en planificación familiar se presente una disminución de 83.6% en el número de APP s durante el segundo año en relación al primero, y una disminución cercana al 50% ([987-510]/987) en el tercer año. Una posible explicación es la disminución en el uso de métodos anticonceptivos de larga duración durante el segundo y tercer año. Ver Anexo N° 04.

Un indicador indirecto de la percepción en la población de la calidad de atención es la razón existente entre usuarios continuadores y usuarios nuevos. Esta razón fue 1.8 en el segundo año e incremento a 2.8 en el tercer año.

El DIU fue el método de larga duración más utilizado durante los tres años. En el caso de los métodos temporales, entre los de barrera, los preservativos fueron los más distribuidos durante los tres años y entre los hormonales los anticonceptivos orales fueron los más distribuidos durante los tres años.

- En el caso de PLANIFAM, las atenciones en planificación familiar se realizaban predominantemente en las Postas, las que representaron el 80.7% de las atenciones durante el primer año, 81.2% en el segundo año y 81.3% en el tercer año.

En las atenciones de Planificación familiar en las clínicas, se observa un incremento cercano al 200% del segundo año comparadas con el primer año, y una disminución cercana al 30% en las atenciones entre el segundo año y el tercero. También se produjo una disminución cercana al 30% en las atenciones que no fueron de planificación familiar durante el segundo y el tercer año.

De las atenciones en planificación familiar en las postas, éstas incrementaron en 150% durante el segundo año, para luego disminuir en 28% durante el tercer año. Las atenciones que no fueron de planificación familiar disminuyeron en un 50% en el segundo año y se mantuvieron como tal en el tercero.

En relacion a los APP s, la disminucion en el segundo año fue de 66.9% $([8,028-2,657]/8,028)$ en relación al primero, y de 37% $([2,657-1,673]/2,657)$ en el tercer año

La razon existente entre usuarios continuadores y usuarios nuevos, fue 0.25 en el segundo año y 0.57 en el tercer año. Llamamos la atención estos valores sumamente bajos, lo cual podría asociarse a un pobre registro del seguimiento de los pacientes, que usualmente se realiza a través de visitas domiciliarias, o por una escasa conciencia de las usuarias de controlarse periódicamente.

El DIU fue el método de larga duración más utilizado durante los tres años. En el caso de los métodos temporales, entre los de barrera los preservativos fueron los más distribuidos durante los tres años y entre los hormonales los anticonceptivos orales fueron los más distribuidos durante los tres años.

- En el caso de PLANFAMI se observa una disminución mayor al 20% en las atenciones en planificación familiar del segundo año comparadas con el primer año, y una disminución en las atenciones cercana al 60% entre el segundo año y el tercero. En lo que concierne a las atenciones que no fueron de planificación familiar estas se incrementaron en 48% durante el segundo año comparadas con el primer año y una disminución cercana al 40% entre el segundo año y el tercero. Estos resultados podrían asociarse a una mayor oferta de servicios por otras instituciones, como el Ministerio de Salud, por la inestabilidad del Proyecto que pueda guardar relación con la aceptabilidad de las usuarias.

En relacion a los APP s, la disminución en el segundo año fue de 15.3% $([4,903-4,151]/4,903)$ en relacion al primero, y de 64.8% $([4,151-1,459]/4,151)$ en el tercer año

Un indicador indirecto de la calidad de atención es la razón existente entre usuarios continuadores y usuarios nuevos. Esta razón fue 0.35 en el segundo año y de 0.64 en el tercer año. Esta baja razón está asociada a las estrategias de captación de

pacientes, la cual ha sido detallada en la sección 5 2 3 y seccion VI (Calidad de la atención)

El DIU fue el metodo de larga duracion más utilizado durante los tres años. En el caso de los metodos temporales, entre los de barrera los preservativos fueron los mas distribuidos durante los tres años y entre los hormonales, los anticonceptivos orales fueron los mas distribuidos durante el primer año y los inyectables los mas usados durante el segundo y tercer año.

Para un analisis mas completo seria valioso conocer la poblacion sujeto de programación de cada establecimiento y las características culturales de la poblacion (entre urbano y rural, y entre costa, sierra y selva), ya que estas van a determinar una mayor o menor cantidad de actividades de salud a realizar y una variabilidad en la aceptabilidad y accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud.

En relacion al uso de la capacidad instalada, se establecio que esta deberia ser 70% mínimo. Los estudios de costos realizados en Puno y Cusco muestran que para las clinica centrales estas fueron en promedio 35 2% (51 5% en el mes pico) y 14 7% en el mes (23 7% en el mes pico), respectivamente. Porcentajes similares se observan en las postas peri urbanas y las postas rurales. Estos datos fueron obtenidos de los estudios de costos en los que se utilizan datos de 1995.

En relacion a los métodos de esterilizacion quirúrgica voluntaria, el uso de la capacidad instalada fue de 20 5% y 33 8% para Puno y Cusco respectivamente. Estos datos fueron obtenidos de los estudios de costos en los que se utilizan datos de 1995, no contandose con informacion más reciente.

En el caso de PRISMA Trujillo, autoreportan un incremento de su capacidad instalada entre Enero del 96 y Mayo del 97, de 40% a 80% para las atenciones en general. No fueron propocionados datos de INPPARES.

5 12 UTILIZACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS

5 12 1 Zona Tarapoto

La atención a la comunidad es brindada mediante

- ◆ Atención en el local de la clínica comunitaria en horario fijo, durante las mañanas y las tardes, brindando consejería, atención en planificación familiar, atención médica y ginecológica. Esta atención está a cargo de una obstetra, durante la mañana y gran parte de la tarde. En las tardes de acuerdo a un cronograma establecido atienden también el médico, las obstetras y las técnicas que han retornado de las actividades itinerantes.
- ◆ Atención itinerante, en dos equipos de trabajo, zona norte y zona sur. Estas atenciones son realizadas por una obstetra y una técnica en cada equipo, el médico participa en uno u otro de los equipos de manera intercalada, según un cronograma establecido. Durante estas actividades se brindan actividades de consejería, charlas educativas, atención en salud reproductiva, atención médica y atención en algunos programas verticales CEDA, CIRA.

Las actividades de atención itinerante, son realizadas de Lunes a Domingo inclusive, de acuerdo a las necesidades de las comunidades, principalmente en zonas alejadas, de pobreza o extrema pobreza, donde no existan servicios de salud (MINSA, IPSS, otros), o donde a pesar de existir un establecimiento de salud no exista personal profesional.

Los servicios brindados no solo están dirigidos a mujeres en edad fértil o adultos jóvenes en lo que respecta a planificación familiar, sino a adultos y niños en cualquier tipo de patología.

Por todo lo anterior, se evidencia que el mayor porcentaje de trabajo está dirigido a las actividades relacionadas a planificación familiar, pero gradualmente se está trabajando en salud reproductiva y atención integral de los usuarios.

5 12 2 Zona Trujillo

La atención brindada en las diferentes clínicas es

- ◆ Atención fija en el local de la clínica comunitaria durante todo el día, a cargo de todo el equipo del establecimiento o de un encargado (en el caso de que se este realizando una actividad itinerante) Se brinda atención en Consejería, Salud Reproductiva y atención médica en general
- ◆ Atención itinerante, que se realiza en los caseríos o comunidades pertenecientes a la jurisdicción de las clínicas de Julcán y Chepen Estas se realizan 8 a 10 veces por mes, coordinándose inclusive con los establecimientos del MINSA
- ◆ En la clínica urbano marginal La Esperanza no se realizan campañas de atención dentro de la zona de su jurisdicción

Dentro de las atenciones prestadas tanto fijas como móviles, se ofrecen además servicios de laboratorio, en algunas ocasiones atenciones con especialistas gineco-obstetra, psicólogo, quienes previa coordinación con los promotores y autoridades de la comunidad acuden a realizar atención en fechas determinadas

El trabajo de captación de usuarios es activo, mediante difusión (perifoneo, distribución de material IEC), visita domiciliaria, y trabajo activo con promotores

5 12 3 Zona Huancayo - Chupaca

La atención se realiza mediante

- La atención en las clínicas comunitarias se realiza durante todo el día de Lunes a Viernes y durante las mañanas los días en que se realizan atenciones itinerantes, los

sábados la atención es durante las mañanas se encuentra a cargo de la obstetriz, del médico (cuando está presente) y del personal técnico. Además de la atención en planificación familiar, se brinda atención médica a adultos y niños, curaciones, y atención de emergencias.

- Se realizan actividades de atención itinerante durante las tardes a las diferentes comunidades pertenecientes a la Jurisdicción de Huancayo y Chupaca, según cronograma establecido previa coordinación con promotores y autoridades comunales.

5.12.4 Zona Puno

PLANFAMI - Puno, brinda atención a la comunidad a través de una Clínica Central y cuatro clínicas periféricas (tres aymaras y una quechua). Existe además un servicio móvil urbano marginal (en el cual atiende una obstetriz y un técnico).

Durante las mañanas las clínicas comunitarias realizan atención en planificación familiar, gineco-obstétrica y atención médica en general, y durante las tardes se realiza atención itinerante previa coordinación con los promotores de las zonas a visitar. Los días domingos que son los días de feria se realiza atención, ya que hay una gran afluencia de público, lo que facilita la captación de usuarios.

5.12.5 Zona Cusco

Se brinda atención a través de una clínica central y clínicas periféricas.

La atención fija en las clínicas es realizada por el equipo de salud durante todo el día, programándose a su vez actividades itinerantes en las localidades aledañas, mediante un trabajo conjunto, en coordinación con promotores y autoridades locales.

Los servicios prestados tanto en la atención fija como móvil, se dirigen a la atención en salud reproductiva y planificación familiar, además se brinda atención médica para adultos y niños, curaciones e inyectables. En la Clínica de Simón Herrera, se atienden programas verticales como CREDE, CIRA, CEDA

5.12.6 Zona Lima

La atención que se brinda a la Comunidad, se basa en dos modelos de atención

- ◆ Dos veces a la semana, se realiza “atención en Posta” (atención itinerante) es decir un día a la semana atiende el médico con la supervisora, y un día la semana atiende la obstetra con la supervisora. Los lugares de atención son previamente fijados con los promotores o representantes de la Comunidad (casa del promotor, local comunal, colegio, etc.)
- ◆ Atención en la clínica comunitaria de lunes a sábado por el personal del establecimiento, prestando atención tanto en salud reproductiva y planificación familiar como atenciones médicas a adultos y niños

Se ofrecen además servicios de cauterizaciones y emergencias (durante el horario de atención)

La atención ofrecida en las diferentes zonas es orientada hacia la comunidad y sobre todo hacia las poblaciones más alejadas, pobres o extremadamente pobres, donde no exista establecimiento MINSA, todo esto se logra no solo con atenciones en puestos fijos, sino mediante atenciones itinerantes programadas y coordinadas con los promotores y la comunidad, con los gobiernos locales y en algunas zonas con establecimientos del MINSA. En algunos casos como en Huancayo y Chupaca las coordinaciones con las comunidades fallan en algunas ocasiones, lo que va en desmedro de la confiabilidad de los usuarios

VI CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Para esta seccion de calidad de los servicios de las PVOs que trabajaron en este proyecto, se realizo un estudio transversal descriptivo aplicando 26 entrevistas de salida a usuarias, 27 observaciones de proveedor-cliente y el test de conocimientos a 51 proveedores

Definimos la CALIDAD de servicios como *"la satisfaccion de las necesidades del cliente, en todos los aspectos y mas alla de lo que este pide y espera en una forma consistente"* Entendemos por servicio, "la forma de cumplir la mision institucional dirigida a satisfacer la necesidad del cliente"

Consideramos que la calidad debe ser definida desde el punto de vista del cliente y esta íntimamente relacionada con una clara definicion de la mision institucional, la cual define la razon de ser de la institucion y le otorga sentido y orientacion a sus diferentes funciones y actividades

La mision institucional debe ser clara, difundida y compartida de tal manera que se exprese en objetivos, funciones, actividades y metas Tambien determinara cómo se debe llevar a cabo el trabajo, es decir, le ayuda a plantear las estrategias y a definir los servicios que ofrece

La mision de las instituciones que trabajan en planificacion familiar, ha sido definida como " Ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades reproductivas" Sin embargo, la gran mayoria de estas instituciones han comprendido que trabajar sólo en planificacion familiar es totalmente sesgado, por lo que han iniciado algunas actividades en "salud reproductiva" cambiando su nominacion de "servicios de planificacion familiar" a "servicios de salud reproductiva", sin que esto signifique servicios integrales

La calidad no es sinonimo de mayor costo Un servicio de calidad ayuda a incrementar

el número de usuarios continuos, los cuales al estar satisfechos del servicio, apoyan en la promoción de los mismos. Se dice comunmente *“no hay mejor propaganda para un servicio, que un usuario satisfecho”*

Para operacionalizar el estudio de calidad en el presente trabajo, se tomo en cuenta los seis elementos que propone Judith Bruce⁵ para evaluar los servicios de planificación familiar. Se agrega además otro elemento propuesto por la OPS que nos parece pertinente para el caso, por lo que se evaluo

- 1 Capacidad técnica de los proveedores
- 2 Relaciones interpersonales proveedor-cliente
- 3 Mecanismos de seguimiento al cliente
- 4 Constelación y organización de los servicios
- 5 Oferta de amplia gama de métodos anticonceptivos
- 6 Accesibilidad del cliente a los servicios
- 7 Calidad de información proveedor-cliente para una decisión libre e informada

LA CAPACIDAD TECNICA de los proveedores de servicios es entendida como los conocimientos, habilidades y practicas necesarias para garantizar a las usuarias la seguridad que en ningún momento está en riesgo su salud

Ademas de la capacidad de los proveedores, es muy importante considerar la implementación de los servicios con instrumental suficiente y moderno, ambientes adecuados con servicios básicos de acuerdo a las posibilidades y necesidades del lugar. También es importante la existencia de manuales de normas, procedimientos, funciones y protocolos

LAS RELACIONES INTERPERSONALES se refieren a la dimensión personal del servicio, el cliente debe recibir un trato amable, sincero, una actitud comprensiva y respetuosa en relación a su cultura. Su permanencia en la institución deberá ser

⁵ **Bruce J** Fundamental elements of the quality of care. A simple framework. Working paper Nº 1, Programs Division, The Population Council New York

agradable en todo momento, saber que hay interés por servirlo y sentir deseos de regresar en otra oportunidad. Este aspecto influye mucho en la continuidad de los usuarios.

LOS MECANISMOS DE SEGUIMIENTO A LOS CLIENTES, determinan el éxito de un programa o servicio en lograr que las usuarias, mientras no deseen un embarazo continúen usando un método. Permite a los proveedores ayudar a los usuarios a superar sus dificultades en el uso del método anticonceptivo elegido. También ofrece al servicio información para el monitoreo de actividades y evaluación de procesos.

Este aspecto suele estar muy relacionado con la información adecuada que recibe el cliente sobre efectos colaterales del método que usa, seguridad de la confidencialidad del servicio y la satisfacción que haya sentido en la primera visita. Cada institución debe establecer un sistema de seguimiento a los usuarios, específico a las necesidades de sus clientes y a las de su institución.

UNA ADECUADA CONSTELACION Y ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS, garantiza una buena calidad de atención, produciendo usuarios satisfechos, porque oferta la posibilidad de que el usuario encuentre en un mismo lugar todos los servicios que satisfagan sus necesidades. Cuando esto no es posible, deben existir los mecanismos de referencia que suplan esta deficiencia, eliminando en lo posible las molestias que podría sufrir el usuario.

LA OFERTA PERMANENTE DE UNA AMPLIA GAMA DE OPCIONES ANTICONCEPTIVAS, da la posibilidad de que las clientes con necesidades reproductivas tan variadas, puedan satisfacerla. Además de tener en existencia una variedad de métodos es necesario dar una buena información en relación a ellos para que la usuaria pueda evaluar libremente las características de cada uno de los métodos, lo que le dará la posibilidad de una elección con conocimiento, y por lo tanto, mayores probabilidades de continuidad de uso.

Suele suceder que aunque un programa cuente con todos los métodos, estos no están

disponibles en el punto de servicio por problemas de logística. Es aconsejable que cuando un servicio no cuente con todos los métodos busque en el medio otras instituciones o servicios que dispongan de los métodos que le faltan y establezca un buen sistema de referencia y contrareferencia para cubrir la necesidad de la usuaria. Deberán existir acuerdos previos, información de horarios, costos, requisitos, etc., para evitar molestias innecesarias a la usuaria.

LA ACCESIBILIDAD DEL CLIENTE A LOS SERVICIOS, está dada por la posibilidad de hacer uso de ellos sin obstáculos, ya sean económicos, geográficos, culturales, de tiempo e incluso de horarios.

La institución o programa al elegir su población blanco, debe hacer un análisis de las necesidades del grupo que desea atender para determinar los aspectos antes mencionados en los servicios que ofrece. Esto no quiere decir que los servicios deban ser gratuitos o que deban atender a los usuarios las 24 horas del día.

LA INFORMACIÓN PROVEEDOR CLIENTE, para una decisión libre e informada debe ser bidireccional basada en el diagnóstico profundo de las necesidades del cliente. La información que suministre el proveedor debe ser lo más amplia y sincera posible, esto impedirá discontinuidad por miedo y desconocimiento y ayudará en cambio a desterrar mitos y rumores en torno a los métodos anticonceptivos y sus efectos colaterales, que nacen precisamente por falta de información.

Es importante también, evitar la saturación del cliente, para ello la información debe ser justa y precisa, comprobando que el cliente entienda y aprenda los aspectos que le permitan un buen uso del método elegido.

Se debe crear el ambiente propicio para que el cliente pueda expresar con confianza sus inquietudes, escuchando con respeto y privacidad ambiental y una actitud que de la seguridad a la usuaria que nadie más se enterara de la historia clínica.

6 1 RESULTADOS

La mayoría de las usuarias entrevistadas son menores de 30 años con parejas estables, convivientes o casadas. En cuanto al nivel educativo tienen primaria completa, encontrándose un solo caso en que la usuaria no había asistido al colegio.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LAS USUARIAS ENTREVISTADAS		
Edad	Educación	Estado civil
> 20 = 0	No estudio = 1	Casada = 8
20 a 30 = 17	Primaria incompleta = 7	Conviviente = 4
< de 30 = 9	Primaria - Secundaria = 10	No unida = 4
	Superior = 8	

La mayoría de las usuarias entrevistadas, tenían menos de 4 hijos solo una de las entrevistadas tenía 5 hijos. Tres de los entrevistados eran parejas muy jóvenes que deseaban postergar el primer embarazo.

Más de la mitad de las entrevistadas tuvieron un embarazo no deseado y varias de ellas lo interrumpieron, poniendo en riesgo inclusive su vida. Esto demuestra que no es el primer momento en que deciden no tener más hijos.

Cinco usuarias de las 27 entrevistadas, desean posteriormente tener hijos. Dos de ellas no están seguras, el resto no desean tener más hijos.

COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LAS USUARIAS ENTREVISTADAS		
Número de Hijos	Intención Reproductiva	Embarazo no deseado
No tiene = 1	Desea más en < de 2 años = 1	Si e interrumpio = 6
1 o 2 hijos = 13	Desea en 2 años o más = 5	Si y continuo = 8
3 hijos = 11	No desea = 18	No = 12
+ de 3 hijos = 1	Insegura = 2	

6 1 1 CAPACIDAD TECNICA DE LOS PROVEEDORES

Se tomó un test a 51 proveedores, de los cuales eran 7 médicos, 1 enfermera, 15 obstétricas, 25 proveedores eran técnicos o profesionales que no son de las ciencias de la salud (realizan labores de consejería y entrega de algunos métodos temporales) y 3 promotores fijos (atienden todos los días en un establecimiento de salud).

Los resultados nos indican que los profesionales poseen un nivel de conocimientos aceptable, sin embargo, hay deficiencias importantes que podrían mejorarse si existiera un sistema de capacitación o actualización permanente que no estuviera basado solo en cursos sino en manuales autodidácticos y en evaluaciones periódicas. Es muy probable que este problema se deba a la rotación de personal, que es alta, ya que un porcentaje considerable de proveedores entrevistados no recibieron capacitación de la institución y los que la recibieron ya no trabajan allí.

Generalmente los errores de los profesionales están relacionados con barreras médicas. Por ejemplo una usuaria entrevistada nos manifestó *“Yo quiero ligarme, pero la doctora dice que no puedo porque soy cesareada”* y otra usuaria manifestó *“yo quiero usar el inyectable pero el doctor dice que me va a producir esterilidad y como solo tengo un hijo, me aconsejó que no use ese método”*. También escuchamos que una consejera respondía a un usuario *“si le molesta usar el condón, pues pongale grasita”*.

Las obstetrices están mejor actualizadas en los aspectos de consejería que los médicos, pues en el test, ellos han obtenido un puntaje ligeramente más bajo en este rubro. En los aspectos de Anatomía, los profesionales han obtenido puntajes máximos, no así los técnicos y promotores, que, de acuerdo a los resultados, necesitan mayor refuerzo en el tema.

Podemos apreciar en el siguiente cuadro, los puntajes de los proveedores de acuerdo a cada sede y profesión.

PUNTAJE DE LOS PROVEEDORES EN EL TEST DE CONOCIMIENTO												
	TRUJILLO		PUNO		CUSCO		INPPARES					
							Lima		Huancayo		Tarapoto	
Medico	2	35.5			2	31.75	1	28.5	1	33.5	1	30.5
Obstetriz/Enfermeras			4	33.87	6	33.16	2	34.25	2	33.5	2	35
Supervisores	9	33.33	6	27.16	4	31.15			3	31	3	26.16
Promotor					3	21.0						

Las mayores deficiencias se han encontrado en los rubros de Inyectables, AQV y DIU en Puno y Cusco , en Trujillo Inyectable, Pildora y DIU, en Huancayo Inyectables, Barrera y DIU, en Tarapoto Anatomía, Inyectable y Pildora, y en Lima hay deficiencias en Anatomía, Barrera, Inyectable, Píldora y DIU

En relacion al metodo de barrera, un buen numero de proveedores ha respondido que la duracion del condon a partir de la fecha de fabricacion es de 2 años Probablemente existe confusion en este item, porque en el programa de prevencion de VIH/SIDA del Ministerio de Salud se maneja esta informacion

En relacion al Dispositivo Intrauterino, algunos proveedores informan que el DIU dura 5, 7 u 8 años, así mismo algunos proveedores todavia manejan la contraindicacion de la edad en la pildora, sin relacionarla con el uso del cigarrillo probablemente la falta de actualizacion reciente es la causa

Aunque hay referencias que han tenido cursos de asepsia, las tecnicas de desempeño y esterilización y sobre todo de conservación de la esterilidad no son muy buenas en los consultorios periféricos o itinerantes que es donde se ven mayores prácticas inadecuadas

La capacidad de los proveedores para dar y recoger informacion es bastante aceptable, aunque falta reforzar que los clientes deben conocer, previo al examen la razon y los procedimientos a efectuarles con el fin de evitarles temores e incomodidades

Los consultorios guardan privacidad, nunca hay mas de 2 personas “medico, enfermera u obstetriz” y las usuarias así lo sienten , pero en la recepción de la gran mayoría de los servicios falta la privacidad necesaria, ya que allí se preguntan razones de consulta, historia sexual y ginecologica, número de hijos, numero de abortos, etc Existe un caso en el que la consejeria tiene mucha relacion sonora con la sala de espera

COMPORTAMIENTO DEL PROVEEDOR CON LA USUARIA ENTREVISTADA			
Miraba y escuchaba la gente	Fue facil de entender lo que le explicaron	Tuvo preocupaciones	La examinaron
Si = 2 No = 24	Si = 25 No = 1	Si y la escucharon = 20 Si y no la escucharon = 2 No tuvo = 4	Si y le explicaron = 9 Si y no le explicaron = 6 No le hicieron = 11

La implementación de los consultorios fijos es bastante buena, la cual ha sido descrita en la Sección 5.5. Es necesario, sin embargo, incidir en algunos aspectos de asepsia, porque hay consultorios donde no hay bandejas adecuadas para guardar y transportar instrumental de inserción de DIU.

En las visitas que se hizo a consultorios itinerantes, sobre todo cuando los consultorios han sido improvisados en locales comunales o domicilios de las usuarias observamos que es indispensable el uso de lavamanos portátiles, campos esteriles que aislen los espacios y sábanas limpias, sin embargo tienen deficiencias en la implementación de ello. Los consultorios están limpios, muy aceptables pero hay deficiencias en fuentes de luz fija, pues no tienen frontoluz, ni lámparas cuello de ganso, tienen linterna de mano, que no la usan por incomodidad.

CONDICIONES DEL ESTABLECIMIENTO						
Sabana y Piso	Lavamanos	Jabón/Toalla	Lavado de manos	Uso de guantes	Uso del consultorio	Lámpara o frontoluz
Limpias = 24 Sucias = 2	Si = 7 No = 19	Si = 11 No = 8 No tiene = 7	Antes de = 9 No = 10 No examen = 7	Dos = 12 Uno = 6 No examen pélvico = 8	General = 6 Gineco-obst = 2 Exclusivo PF = 13	Si hay = 19 No hay = 3 No se pudo observar = 4

6.1.2 RELACIONES INTERPERSONALES PROVEEDOR-CLIENTE

Se observó un trato cordial y afectivo a las usuarias, propiciándose un ambiente de cierta confianza para que ellas se muestren algo comunicativas, lo que les permite expresar algunas dudas y temores. Al ser entrevistadas manifiestan que es una razón de preferencia de estos servicios.

El hecho de que los proveedores de servicios periféricos generalmente sean mujeres obstétricas o enfermeras, también es manifestado como una ventaja de estos servicios, pero cuando sus necesidades son ajenas a la planificación familiar prefieren ser tratadas por los médicos.

Como se puede apreciar en el siguiente cuadro las usuarias entrevistadas dicen sentir que hay el espacio para opinar, y el trato que reciben de las obstetrices es generalmente afectuoso y el de los médicos, cortés

ACTITUDES DEL PROVEEDOR EN LAS ATENCIONES OBSERVADAS	
Trato que recibió la usuaria	Se dio importancia a las opiniones de la usuaria
Afectuoso = 16	Si = 25
Cortés = 11	No = 1
Maltrato = 0	

En zonas donde se habla quechua o aymara, estas instituciones cuentan con personal que habla el idioma local, ello facilita la comunicación con las usuarias, aunque la relación es muy paternalista, pues los proveedores utilizan los términos “hijita”, “mamita”, “cholata” y “gordita”, mientras las usuarias tratan de usted a los proveedores. Este trato y los términos no salen del contexto cultural local, pero marcan las relaciones de poder entre proveedor y usuario.

6.1.3 MECANISMOS DE SEGUIMIENTO AL CLIENTE

De las 26 usuarias entrevistadas 14 fueron continuadoras de los servicios estudiados y acudieron para reabastecimiento o control con problemas en el uso de los métodos. Esto contrasta con las estadísticas de los servicios, lo que podría deberse a la muestra tan pequeña en este estudio, debido a lo cual tampoco se puede hacer un análisis más minucioso.

MOTIVOS DE CONSULTA DE USUARIAS ENTREVISTADAS				
Informarse de métodos	Nueva aceptante de Planificación Familiar	Control (sin problemas)	Control (con problemas)	Descartar embarazo
06	04	06	08	02

El personal de los establecimientos elabora diferentes estrategias para captar y retener a las usuarias, algunas de las cuales son poco sostenibles, p ej en Puno, PLANFAMI hace seguimiento con entrega de los métodos a domicilio, inclusive insercion de T de Cobre, lo cual podria medrar la calidad del servicio y afectar su sostenibilidad, asi como, dificultar el empoderamiento de las usuarias Falta definir estrategias solidas al respecto Es necesario impulsar un cambio de actitud, propiciando que la poblacion valore su salud reproductiva y la cuide

Todas las instituciones hacen atenciones rotativas en las comunidades y/o zonas urbano marginales, utilizando locales comunales o domicilios de las usuarias Este trabajo nos parece interesante como una forma de motivacion y promocion para el uso de los servicios, pero no como una estrategia permanente, porque es muy costosa y por ende no sostenible

Otro aspecto positivo en el seguimiento de usuarias que realizan estas instituciones es que 23 de las 26 entrevistadas refieren haber tenido citas con fecha, inclusive tienen tarjetas donde les anotan la fecha en la que deben regresar al servicio

6 1 4 CONSTELACION Y ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS

La gama de servicios que ofrecen estas instituciones no es muy amplia ya que están fundamentalmente abocados a trabajar en planificacion familiar y son reconocidos por la colectividad como entidades especializadas Muy pocas de ellas han diversificado sus servicios, por lo menos a otras areas de la salud reproductiva, y ofrecen exámenes de papanicolao, control obstetrico, despistaje de embarazo, despistaje y tratamiento de ETS

Las personas entrevistadas dijeron haber recibido en algun momento otros servicios ademas de planificacion familiar como Consulta ginecologica, toma de papanicolao 20/26 (76 9%) de las entrevistadas fueron preguntadas sobre PAP o se les tomo una muestra No se tocó con ellas el tema de ETS, lo que se corrobora en las observaciones hechas Si las PVOs dicen dar servicios de salud reproductiva deberian ampliar su

cobertura, como se vio en algunos casos, donde se dan atenciones en salud materno-infantil control del embarazo, IRA, EDA, y si esto no fuese posible, por lo menos deberian hacer el diagnóstico y tratamiento de ETS, por su estrecha relacion con la PF

INFORMACIÓN DE OTRAS ATENCIONES QUE DAN LAS USUARIAS ENTREVISTADAS	
Que servicios recibieron además de P F	Que otros servicios sabe usted que dan en esta institucion
Ginecologia = 20	Cuidado pre-natal = 8
Examen de mamas = 4	Cuidado post-natal = 1
Examen de orina = 1	Consejeria en SIDA = 4
Medicina General = 1	E T S = 4
Atencion del niño = 1	
Obstetricia = 2	

6 1 5 OFERTA DE AMPLIA GAMA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Los servicios estudiados ofrecen una gama aceptable de metodos temporales incluyendo los metodos naturales Algunos de los servicios tienen equipamiento en anticoncepcion quirúrgica voluntaria para mujeres, y vasectomia, que en la actualidad en la mayoría de ellos no se vienen realizando, debido al cambio de personal Como se describe en las secciones 5 2 y 5 3 las PVOs realizan coordinaciones con diferentes instituciones como el Ministerio de Salud, para ofrecer la anticoncepción quirurgica Extraña bastante la ausencia de oferta de implante hormonal (NORPLANT), que podria mejorar la gama que se ofrece a la usuaria Mayor informacion sobre este aspecto se obtiene detallado en el informe administrativo

6 1 6 ACCESIBILIDAD DEL CLIENTE A LOS SERVICIOS

En relacion a la accesibilidad geografica, las PVOs propician que esto, **no** se convierta en un obstaculo para el cliente procurando que los servicios se den en las comunidades donde viven las clientes y en muchos casos llegan hasta sus propios domicilios El tiempo que demoran las clientes en llegar desde su ubicacion al lugar de atencion,

generalmente es menor de treinta minutos, lo que es visto por las usuarias como una gran ventaja, pero que a la vez nos muestra que la extensión de uso es reducida

En la gran mayoría de los casos, los proveedores de servicios son del lugar, y hablan la lengua nativa, además del español

El tiempo de espera, es corto casi siempre es mucho menos de media hora y en más de la mitad de las usuarias entrevistadas la atención fue de inmediato, siendo percibido también este aspecto por ellas, como una ventaja en relación a otro tipo de establecimientos. Ello también está relacionado con la escasa demanda de los servicios

ACCESO DE LAS USUARIAS ENTREVISTADAS			
Le conviene el horario de atención	Tiempo de Espera	Tiempo de demora en llegar al Establecimiento	Medio de transporte
SI = 25	Enseguida = 15	< 15 min = 13	Caminando = 12
NO = Prefiero que vayan a mi comunidad	< 30 min = 9	15 a 30 min = 9	Bus = 14
	> 30 min = 2	> de 30 min = 3	
		> demoro 1 día = 1	

6.1.7 CALIDAD DE LA INFORMACION PROVEEDOR-CLIENTE PARA UNA DECISION LIBRE E INFORMADA

Según Judith Bruce, éste es uno de los elementos más importantes en la calidad de los servicios de planificación familiar, viene a ser el pilar para una decisión libre e informada ya que le permitirá elegir al cliente el método anticonceptivo que mejor le convenga y garantice su buen uso. En todas las PVOs visitadas, se ha podido observar que un aspecto institucionalizado es el de la "Consejería previa a la consulta". La atención generalmente está dividida en Consejería y atención propiamente dicha, lamentablemente en los servicios itinerantes no es así

La información bidireccional, que debería existir en todo servicio de calidad, es trabajada con mucha voluntad por los proveedores, sin embargo, se encontró que es bastante superficial en algunos aspectos, por ejemplo no se llega a un conocimiento profundo de la necesidad de las usuarias, que es desde donde debería partir la consejería

La información de la diversidad de métodos existentes previa a la decisión del método a usar es superficial. No tiene un orden establecido y está confiada completamente a la memoria del proveedor, pues aunque poseen un rotafolio, este no siempre es usado. Y si lo es, no sirve como una pauta que garantice una información completa y adecuada al cliente.

Los efectos colaterales de los métodos anticonceptivos elegidos para el uso, son tocados por el proveedor pero no son desarrollados a profundidad, ni se comprueba que el usuario lo haya comprendido.

La posibilidad de cambio de método es conversada con la usuaria pero no le dan información sobre otros proveedores probablemente por temor a perder la cobertura.

INFORMACIÓN ENTREGADA EN LA OBSERVACIÓN PROVEEDOR-CLIENTE		
Le hablaron de otros métodos	Le dijeron que podría cambiar de método	Le señalaron otras fuentes de reabastecimiento
Si = 24	Si = 20	Si = 0
No = 3	No = 7	No = 27

La información específica del método a usar es mucho más completa y profunda, aunque no se sigue un orden establecido. No existe una lista de chequeo que pudiera garantizar una información completa. Esta información también está confiada a la memoria del proveedor, quien le pone mucho entusiasmo pero sin la garantía que la información sea la adecuada.

En la gran mayoría de casos no se comprueba la *comprensión de la información*, ni se verifica si la usuaria aprendió a usar el método elegido. El *riesgo reproductivo de la usuaria y su relación con los porcentajes de seguridad que ofertan cada uno de los métodos anticonceptivos* no son evaluados con ella durante la consulta.

No se hace un sondeo sobre los conocimientos que trae el cliente como *mitos y rumores* que podría tener en relación a los métodos anticonceptivos o a la planificación familiar, a no ser que el cliente aborde el tema y haga las preguntas respectivas

El proveedor, en el intercambio de información, trata bien las intenciones reproductivas, pero no pregunta acerca de la posición de la pareja de la usuaria en relación a la planificación familiar y al uso de métodos, ofreciendo muy pocas veces su ayuda en este sentido. Da la impresión que los proveedores no han pensado en las ventajas de acercarse más a los varones a sus servicios

El conocimiento de los métodos que usan los clientes es aceptable, aunque existen deficiencias en la información que manejan acerca de los síntomas de peligro

En relación a las *Enfermedades de Transmisión Sexual*, se encontró que este aspecto no es tocado por la gran mayoría de los proveedores a no ser que el cliente refiera molestias. Por otra parte, las usuarias entrevistadas conocen que existen estas enfermedades, pero no tiene una idea muy concreta sobre cuáles serían los síntomas que les permita saber si han contraído o no una E T S

La mayor parte de las usuarias entrevistadas, piensan que ambos son responsables de evitar las enfermedades de transmisión sexual, aunque algunas dicen que es el hombre el que debe evitar este contagio porque presumen un comportamiento promiscuo de parte de ellos. La mayoría identifica la existencia de la enfermedad del SIDA y sus formas de transmisión, probablemente como producto de las grandes campañas de difusión que se hacen en relación a esta enfermedad

CONOCIMIENTO DE E T S DE LAS USUARIAS ENTREVISTADAS			
Sabe que hay E T S	Sintomas con los identifica si se contagio	Quien es el responsable de evitar E T S	Formas de protegerse del SIDA
Si = 21 No = 5	Flujo vaginal = 7 Comezon genital = 3 Ulceraciones = 6 Dolor en vientre = 3 Dolor al orinar = 2 Perdida de peso = 4 Diarrea = 2 Mal olor = 2 No sabe = 8	Mujer = 3 Hombre = 6 Ambos = 16 No sabe = 1	Fidelidad a la pareja = 8 Fidelidad de la pareja = 5 Usar condon = 12 No compartir aguja = 8 Analisis de sangre = 2 No sabe = 2

Un aspecto que contribuye mucho con la calidad de la informacion y disminuye costos es el tiempo utilizado durante la permanencia de la usuaria en el servicio Para ello, antes de ingresar a la consulta, debe asistir previamente a charlas y recibir material educativo para reforzar los conocimientos Ninguna de las entrevistadas recibio una charla y muy pocas de ellas recibieron material educativo escrito, algunas de ellas afirmaron que en visitas anteriores les hicieron entrega de dicho material En las consultas observadas se entrego folletos de planificación familiar

COMO REFORZO LA INFORMACIÓN EN LAS USUARIAS ENTREVISTADAS	
Recibieron charla	Recibieron material de I E C
Si = 0 No = 26	Si = 6 No = 20

Los tiempos de espera son cortos, quiza por ello no son utilizados para mejorar la calidad de informacion que tiene el usuario en los temas de salud reproductiva En los servicios se espera tener un número mayor de dos personas para dar una charla o poner un video

Los televisores que existen en los servicios generalmente están sintonizando un canal de T V en lugar de pasar información clara y corta en relacion a los temas pertinentes, sería conveniente que "siempre" estuvieran pasando un video educativo

VII ASPECTOS CULTURALES Y DE GENERO

7 1 SALUD REPRODUCTIVA Y GENERO EN EL PROYECTO

7 1 1 Enfoque de genero y salud reproductiva en la formulacion del proyecto

Uno de los objetivos del proyecto es el fortalecimiento de la capacidad de las PVOs que trabajan en planificación familiar. El enfoque del proyecto inicial ponía el énfasis en la accesibilidad a servicios de planificación familiar como preocupación principal, en métodos anticonceptivos de larga duración y en la sostenibilidad financiera. Un segundo momento -acorde con los cambios y avances internacionales en materia de salud y población- enfocó el trabajo en el fortalecimiento institucional, en la calidad de los servicios y en la ampliación a las zonas rurales como espacio prioritario de la implementación del proyecto, pasando a segundo plano la autosostenibilidad financiera del proyecto.

El proyecto considera que la planificación familiar tiene un impacto positivo en la vida de las mujeres y que favorecerá su participación social y económica.

En cuanto al enfoque de género, el proyecto dirige su intervención explícitamente tanto a varones como mujeres de bajos ingresos (Amendment 4). Se propone la ampliación a la más amplia gama de métodos anticonceptivos disponibles de alta calidad a fin de responder mejor a las necesidades y deseos de mujeres y varones, incluidos los métodos naturales. La realización de estudios cualitativos es propuesta con la finalidad de identificar las razones que subyacen a las dificultades de mujeres y varones para la adopción de métodos anticonceptivos y las barreras culturales, de género u otras frente a los servicios de planificación familiar de las PVOs.

El diseño del proyecto enfatiza la importancia de promover el uso de métodos de barrera en varones no sólo con finalidad anticonceptiva sino también como un medio de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA.

"This policy gives expression to the understanding that there is no ideal method of

contraception for all men and women at all times. Contraceptive choice depend on age, parity, health, lifestyle and reproductive intentions among other factors" (Project 0335 PP Supplement 3/94 19)

Ademas, promueve desde el inicio la participacion de las mujeres al mas alto nivel de gerencia, ampliando sus posibilidades de trabajar en actividades no tradicionales así como el desarrollo de politicas laborales de proteccion a la equidad entre los generos

La propuesta contempla la combinacion de servicios fijos y servicios moviles que se programarian de acuerdo a la demanda de la población, el seguimiento a las usuarias y usuarios y en respuesta de solicitudes especiales

Es relevante la preocupacion, presente en el diseño del proyecto y de los objetivos señalados para los estudios cualitativos, por entender las diferencias culturales a nivel local. El proyecto se dirige a cinco areas que encierran gran complejidad cultural: las culturas quechuas y aymaras de la zona andina y altiplanica del pais, una zona en selva, otra en la sierra central y la ultima en la zona periurbana de Lima Metropolitana y Trujillo. La comprension de las barreras culturales al uso de los servicios de planificacion familiar orientaria las estrategias de informacion, educacion y comunicacion durante el tiempo de ampliacion del proyecto

7.1.2 Aproximacion a la situación de la salud reproductiva en los departamentos donde se implementa el proyecto

En este punto se presentaran en forma suscinta, no pretendiendo ser exhaustiva, algunos de los resultados mas relevantes de los estudios cualitativos y algunos de los datos que presenta la ENDES 96 en los departamentos donde se ejecuta el proyecto

7.1.2.1 Resultados de los estudios cualitativos

De acuerdo a los estudios cualitativos que se hicieron en el marco del proyecto que se

evalúa, algunos problemas identificados están vinculados a la desinformación en temas de sexualidad y salud reproductiva. Esta dificultad de acceder a información adecuada se da desde la infancia. Es así, que el estudio realizado en el Cusco encuentra la mayoría de las mujeres no había recibido información sobre la menstruación antes de la menarquía. Las mujeres mayores de 40 años tendían a relacionar la menarquía con el primer contacto sexual con el varón. La comunicación entre padres e hijos es particularmente difícil o inexistente en los temas de sexualidad.

Entre las razones más frecuentes para el uso de planificación familiar, los estudios realizados en Cusco, Puno, La Libertad y Lima encontraron una mayor conciencia de las limitaciones económicas y consecuentemente de sus posibilidades de brindar una mejor educación, comunicación y cuidado de los hijos así como la necesidad de una mayor comprensión con la pareja.

Las razones para no usar métodos anticonceptivos mencionadas por informantes en los estudios, dependiendo su importancia de las situaciones particulares de cada pareja, persona y cultura, serían las siguientes:

- Deseo de tener hijos, sobre todo en parejas jóvenes u hogares nuevos que no tienen todavía hijos o no tienen el número deseado.
- En algunos casos no estarían conformes con el sexo del recién nacido, en particular si este se repite.
- Temor a la muerte de sus hijos o situaciones familiares en las cuales algún hijo había fallecido. Un alto número de hijos podría corresponder con una estrategia para lograr la supervivencia de los mismos en zonas de alta mortalidad infantil.
- La estabilidad de la relación de pareja es otra de las razones referidas en los estudios cualitativos.
- Se vincula a los hijos con el bienestar económico.
- Una de las preocupaciones es sobre la propia fertilidad y necesitan asegurarse de la capacidad del varón o de la mujer de tener hijos.
- Perdura la convicción de que los hijos vienen por voluntad de Dios.

En cuanto a las razones de rechazo a metodos modernos se recogieron los siguientes temores y preocupaciones en las mujeres

- Temor a la perdida de la estabilidad familiar y desistimiento del uso de metodos anticonceptivos para impedir el incremento del conflicto y de la violencia contra ellas mismas
- Verguenza, pudor, necesidad de preservar el prestigio social de la mujer
- Temor a la enfermedad y a la deformacion del cuerpo femenino Los estudios reportan que relacionan anticonceptivos con medicamentos y por lo tanto con enfermedad
- Temor a la infertilidad definitiva o a la muerte
- Desconfianza de la legalidad de su uso
- Preocupación relativa a la perdida de apoyo de la comunidad frente al surgimiento de problemas derivados de una inadecuada eleccion de metodos

En cuanto a los varones, es recurrente el temor a la infidelidad, a que medicos varones examinen a sus esposas, el temor a la insatisfaccion sexual, temor a la pérdida de potencia sexual en el caso de la vasectomia e inseguridad frente a su capacidad reproductiva y virilidad unido a inseguridad frente a su rol conductor y de jefe de familia En mujeres y varones tambien se presenta el temor al que diran y una gran preocupacion por asegurar confidencialidad

Un problema central es el de las relaciones de genero que cruza los cuatro estudios y tambien el ENSAMIR II Los testimonios y entrevistas dan cuenta de diversas situaciones de violencia de género la nocion de que el marido puede "usar a su mujer" y/o tener relaciones sexuales contra la voluntad de la mujer Los estudios reportan tambien la castidad obligatoria para las jovenes solteras, obligándolas a vivir con el varon y el maltrato fisico si se le descubre actividad sexual Las mujeres en union pueden ser censuradas si no cumplen sus "deberes de esposa" La violacion sexual tambien es referida en los estudios

En la mayoría de los casos, (cuando es consultado), el varon es quien determina el uso o no uso de los metodos anticonceptivos (Naccarato y col, p 46) La dependencia de la

mujer, producto de la socialización, se traduce en la dificultad para tomar decisiones

Otro problema es el de los abortos inducidos frente a los embarazos no deseados. En el campo generalmente utilizan hierbas a las que se reconoce propiedades abortivas.

Reportan el uso de plantas medicinales como anticonceptivos, las costumbres en la zona rural andina de tomar mates, infusiones y/o extractos de hierbas frescas durante y después de los días de menstruación (Estudio cualitativo, Cusco p. 53). Los estudios insisten en la necesidad de entender las diferentes cosmovisiones y culturas y de establecer puentes comunicacionales con énfasis particular en el idioma.

A pesar de la preferencia de muchas mujeres y sus parejas por los métodos llamados naturales como el ritmo, en Lima donde se hizo el estudio exhaustivo del mismo, encontraron, que el ejercicio de la violencia por parte del hombre impide la comunicación, no permite el establecimiento de relaciones más igualitarias y conlleva al fracaso de este método como opción anticonceptiva.

La existencia de efectos secundarios de los métodos anticonceptivos y el malestar que causan a muchas de las mujeres que los usan fue otro problema analizado por los estudios y ENSAMIR II, recomendándose dar particular atención al tratamiento de los mismos. Se recalca la necesidad de dar atención a las dificultades de las mujeres con los efectos secundarios de los métodos e intentar comprender las concepciones populares de interpretación de los signos. Se recomendó asimismo la prevención del desconcierto, malestar, sorpresa o temor a los efectos, brindando información previa en el momento de la consejería, la consulta y de las actividades IEC.

7.1.2.2 Los datos de la ENDES 96

En el cuadro siguiente se registran algunos indicadores demográficos y de salud reproductiva en los departamentos del área de influencia del proyecto en 1996, año de realización de la última ENDES.

Se observa que Puno es uno de los departamentos, en que hay una baja utilización de los servicios de salud de atención al parto, registrando el más alto porcentaje de atención de parto en casa, asimismo tiene una de las tasas más bajas de uso de métodos anticonceptivos modernos

Con excepción de Lima, todos los otros departamentos tienen más del 50% de atención del parto en casa. Sin embargo, la mortalidad materna en Lima es más alta que en el resto del país incluido el resto rural con una tasa de 308 por 100 mil nacidos vivos, muy por encima del promedio nacional que estaría en 265 por 100 mil nacidos vivos. Una hipótesis explicativa de estos resultados es que el aborto inducido sería una de las causas de la magnitud de la mortalidad materna en Lima Metropolitana

Otro problema que destaca en el cuadro es la alta fecundidad adolescente en el departamento de San Martín así como la brecha que separa el uso de métodos anticonceptivos en general de los anticonceptivos modernos

Los datos de la ENDES, los resultados de los diferentes estudios cualitativos, los resultados de las ENSAMIR así como los aprendizajes fruto de la experiencia y de la interacción con la población nos ayudarán a la discusión de sus estrategias

INDICADORES SALUD REPRODUCTIVA EN LOS DEPARTAMENTOS DE APLICACION DEL PROYECTO

Departamento	TGF	Atención parto en la casa	% Sin educación	Embarazo adolescente	Uso MAC MEF en unión	Uso MAC modernos MEF en unión
Puno	4.3	81.7	19.2	11.4	52.1	17.0
Cusco	4.8	69.6	20.7	15.2	58.9	31.6
Junín	3.4	59.1	19.2	10.2	70.2	29.3
San Martín	3.7	57.4	9.1	34.2	65.2	48.8
La Libertad	3.8	55.6	16.1	13.5	59.7	32.9
Lima	2.6	12.3	1.7	7.6	71.8	50.6

Fuente: ENDES 1996 Perú

7 1 3 Evaluacion de los aspectos culturales y de genero en la implementacion del proyecto

7 1 3 1 Estudios cualitativos y su utilizacion

En el marco del proyecto se lograron realizar importantes estudios como el ENSAMIR I y II y los estudios cualitativos en Cusco, Puno, La Libertad y Lima, algunos de cuyos resultados se resumieron en un acapite anterior. Los estudios cualitativos dieron luces para la comprensión de las actitudes, necesidades e interpretaciones culturales de la reproducción, la anticoncepción, el cuerpo, la salud y las relaciones de género.

En la autoevaluación escrita que presentan las instituciones sobre la utilización que hicieron de los estudios destaca el reconocimiento de algunas debilidades institucionales como la falta de un trabajo previo que suscite confianza en la población beneficiaria (Puno), las exigencias de metas que limitan al personal (Trujillo), y en ambas instituciones el problema del seguimiento, la falta de una mayor integración de los profesionales con la comunidad (Cusco). En cuanto a la aplicación de los resultados, las instituciones mencionan:

- a) un mayor esfuerzo de IEC sobre la salud reproductiva, acordes con cada región, utilizando los idiomas nativos cuando es necesario. Puno, Trujillo, Cusco,
- b) una selección y evaluación de promotores más cuidadosa. Puno, Trujillo,
- c) mayor información sobre efectos colaterales. Puno, Cusco,
- d) fortalecer técnicamente al personal para ampliar servicios de salud reproductiva, Puno y en autoconciencia de salud reproductiva, Cusco,
- e) seguimiento más cuidadoso a usuarias, Puno, Trujillo, seguimiento evitando dependencia instructora-usuaria, ATLF,
- f) proyección a colegios para trabajar con población adolescente, Puno,
- g) eliminación de metas en APPs usando un nuevo sistema en relación a la capacidad instalada, Trujillo,
- h) involucrar a los varones mediante charlas en los centros de trabajo, Trujillo,

- i) coordinación y participación con otras instituciones, Trujillo,
- j) capacitación en metodos naturales y MELA, Trujillo, Cusco
- k) mayor coordinacion con autoridades locales y con los representantes de los grupos organizados para el trabajo en comunidades, Cusco
- l) conversatorio con equipo de instructoras para conocer el Estudio Cualitativo, ATLF
- m) mejoramiento del sistema de registro y recoleccion de datos, ATLF

Los estudios fueron realizados por equipos externos, a nivel local, contratados especialmente con este fin. La difusión de los resultados de los estudios y su respectiva utilización, de acuerdo a las entrevistas que se realizaron al personal de las diferentes PVOs, ha sido diferenciada de acuerdo al nivel de responsabilidad y en cada institución. En el caso de PLANIFAM no había llegado todavía a la institución el informe final de ENSAMIR II. En otros casos, el desconocimiento de la existencia de estudios se dio en el personal que hace trabajo de campo y/o en el personal nuevo de las instituciones.

La mayoría de las personas entrevistadas, quienes hacen el trabajo de campo no han tenido la oportunidad de leer y o discutir los informes de los estudios cualitativos directamente. En algunos casos la opción de la dirección ha sido dar a conocer los principales resultados y recomendaciones en las reuniones de coordinación que realizan.

Como puede observarse, uno de los campos a los que todavía no se le ve utilidad es al del marco de las relaciones de género y para el afinamiento de sus estrategias y contenidos de IEC o consejería. El cambio en las concepciones de género en proyectos de salud reproductiva requiere de una particular atención para lograr un cambio de la mentalidad de las personas que brindan los servicios así como en el planeamiento y en la formulación de indicadores de monitoreo y evaluación.

Los equipos de trabajo de campo presentan gran activismo, dedicación, y compromiso en la provisión y difusión de los servicios, tanto para ampliar cobertura como para asegurar el seguimiento a sus usuarias. Este esfuerzo es más complejo en las áreas rurales, con población dispersa, con barreras culturales todavía insuficientemente comprendidas y

como puede observarse (en el ítem respectivo) sus demandas por capacitación cubren un amplio espectro de temas

El trabajo de estos equipos requeriría de un permanente estudio de investigaciones producidas sobre la salud reproductiva y la sexualidad para la utilización de información ya existente. Por otro lado sería necesario introducir en sus prácticas institucionales la sistematización y reflexión colectiva que les permita ir conociendo los cambios que se dan en el comportamiento de los géneros frente a la sexualidad y la reproducción y consecuentemente mejorar sus estrategias de intervención

Dado el nivel de calificación que existe, voluntad de trabajo, compromiso y dedicación de las/los integrantes de cada una de las instituciones, sería recomendable fortalecer más los equipos de trabajo en cuanto a su capacidad de apropiarse de algunas técnicas de investigación y diagnóstico y obviamente del análisis de los resultados de las investigaciones mencionadas

Otro problema que podría estar influyendo en un conocimiento limitado de los resultados de los estudios es la rotación de personal, lo cual nos lleva a la preocupación por dar una mayor estabilidad a los proyectos y desarrollar políticas que permitan proteger a sus recursos humanos como mejorar los niveles de remuneraciones. El trabajo profesional de salud reproductiva en áreas rurales y urbanas encierra gran complejidad y por lo tanto es importante que los recursos humanos calificados y comprometidos con su tarea no se pierdan

7.2 DESDE LAS MUJERES Y HOMBRES DE LA COMUNIDAD

7.2.1 Trabajo con promotoras y promotores voluntarios

El enfoque del proyecto está centrado en la atención a las usuarias y usuarios de los servicios del proyecto, por otro lado se encuentran las y los promotores voluntarios quienes cumplirían un importante papel de enlace entre la institución responsable de la

ejecucion del proyecto y cada comunidad Las y los promotores presentan un mayor conocimiento en las tematicas de trabajo del proyecto, al ser voluntarios y en muchos casos elegidos por la comunidad son agentes claves para la comprension de las visiones de la comunidad sobre el trabajo de la PVO

A pesar de que una opcion metodologica podria colocarlos como parte de la oferta al ser prestadores de algunos servicios de atencion primaria de salud, no debe olvidarse que forman parte de la comunidad y por lo tanto sus discursos expresan necesidades, deseos, aspiraciones y visiones sobre las tematicas reproductivas, las relaciones entre los generos y los servicios

Por otra parte sus discursos encierran algun nivel de complicidad con el modo de pensar y actuar de la PVO y ameritaria una evaluacion o investigacion mas extensa sobre qué se repite, que se reinterpreta, se modifica o niega en relación a los discursos y contenidos de capacitación manejados por el personal de las PVOs

"ellos mismos se acercan a uno, como es un pueblo chico ellos comentan estan dando anticonceptivos gratis y vienen a buscarme Cuando estamos caminando en la calle, cuando se va a los rios a lavar nos preguntan ¿que puedo hacer? En el distrito es mas dificil porque es mas grande, alli yo les busco, les visito"

(promotora, Tarapoto)

En los grupos focales y en las entrevistas a las promotoras y promotores se expresan seguridad en lo que hacen y manifiestan gran interes por seguir aprendiendo

"Quiero capacitarme más Como funciona los órganos reproductivos internos del hombre mis amigos me preguntan como es la vasectomia, se quieren hacer la vasectomia pero tiene miedo de quedar impotentes "

(promotor, Puno)

Asimismo es manifiesta la preocupacion por la sexualidad asociada a los anticonceptivos Este tema necesitaría ser atendido

7 2 2 Estrategias de trabajo con jóvenes

Existen importantes diferencias generacionales en las actitudes hacia la sexualidad y la anticoncepción. Las mujeres mayores tendrían más dificultades para aceptar los anticonceptivos que las jóvenes.

En relación a las parejas jóvenes, es necesario prestar atención al cambio generado. Se observó y se recogió información sobre la acogida que está teniendo la anticoncepción en este grupo poblacional tanto en áreas urbanas como rurales. Por su parte, las promotoras, promotores y el personal de los servicios confirman que los jóvenes se acercan a pedirles condones y tabletas vaginales muy confidencialmente.

En la observación directa pudimos observar en la clínica central de Cusco dos parejas de enamorados jóvenes, uno de los casos recién iba a iniciar relaciones sexuales coitales y se acercaba para solicitar métodos anticonceptivos.

Los espacios que concentran a puberes y jóvenes son los colegios, universidades e institutos de educación superior. Es reconocido el enorme esfuerzo que hacen las familias en situación de pobreza y también de las áreas rurales por lograr una mayor educación para sus hijos. Como dice Anisón “los campesinos de Puno relacionan la escuela con el progreso y el deseo de ser profesional, como algo que está muy ligado al adelanto de la comunidad y también para el Perú”.

A pesar de ello persisten desigualdades de género en el acceso a la educación formal. “Tomando como referencia que las edades de 6-11 corresponden a primaria, 13% de las niñas están fuera del sistema educativo, 9.2% en las ciudades y 20.5% en el área rural” (Del compromiso a la acción, 1997: 59).

Para muchas jóvenes, el acceso a las universidades las coloca en un mundo con códigos diferentes. Muchas veces un embarazo no deseado trunca sus aspiraciones (promotora Calca).

Al respecto, es relevante la experiencia de un servicio de PLANIFAM en convenio con la

Universidad San Antonio Abad del Cusco logrado sostenibilidad en el servicio que presta a la comunidad universitaria. A pesar de que el servicio de salud reproductiva en la universidad no está dentro de las sedes apoyadas por el proyecto, resulta sumamente importante esta experiencia con gente joven que no está pensando espaciar o limitar el número de hijos sino que estarían utilizando la anticoncepción para retrasar el inicio de la maternidad. Asimismo, por este convenio las facultades de Medicina, Biología, Educación y Ciencias de la Comunicación se comprometen a coordinar con PLANIFAM actividades de capacitación de docentes y estudiantes, IEC en salud reproductiva y la prestación de servicios preventivo promocionales de salud reproductiva para la población universitaria.

Esta estrategia podría ser replicada en las estrategias institucionales de las PVOs y también en el diseño de proyectos futuros. El espacio de las Universidades puede ser un lugar estratégico no solo en función de la provisión de servicios sino del aporte en el cambio de actitudes más responsables con su salud sexual y reproductiva. Teniendo en cuenta que este espacio se daría dentro de instituciones formadoras de recursos humanos, muchos de los cuales retornan y/o durante sus estudios vuelven a sus lugares de origen, se tiene un grupo humano con un enorme potencial de resonancia en la vida social y cultural a nivel local.

Algunas promotoras y promotores voluntarios también relatan haberse ganado la confianza de los jóvenes:

“Los jóvenes son tímidos para ir al centro de salud. Tengo vergüenza por eso vengo. Mi casa es frente al colegio y de ahí vienen, sobre todo de la nocturna. El problema es con los pueblos chicos que le vayan a contar a sus padres”

(promotora, Tarapoto)

7.2.3 Relaciones de género y autonomía en las decisiones

El género puede definirse como una construcción social y cultural basada en las diferencias biológicas de los sexos, que se expresa a través de relaciones de poder-subordinación y se representa en la asignación de funciones, actividades, normas y

conductas para hombres y mujeres en cada sociedad ⁶

La toma de decisiones en materia anticonceptiva se da en un contexto de relaciones de poder entre los géneros que no siempre es advertido sobre todo cuando se piensa que la decisión ocurre en el espacio de la consejería o consulta. La información sobre toda la gama de métodos y sus efectos resulta insuficiente para una decisión "libre e informada". Los discursos de la gente sobre este tema grafican bien esta insuficiencia pues algunas de las personas entrevistadas al ponerles en la disyuntiva de quien decide cuando hay desacuerdo en la pareja sobre el método a escoger respondieron que el varón. Al preguntar, por qué el varón? Algunos respondieron "porque es así", aludiendo a relaciones establecidas de género por algún designio, tal vez inmutable. La violencia en la pareja también aparece como un mecanismo de dominación por parte de los varones hacia sus parejas.

"A una vecina su esposo le dice para que te cuidas, seguro que estás con otro hombre. Esa vecina tiene 4 hijos. Pero ya se separó del esposo porque mucho le pegaba."

(Usuaría, La Esperanza, Trujillo)

Sin embargo, otras informantes pensaban que la mujer era la que finalmente debía decidir:

"La mujer es la que debe decidir cuidarse porque una es la que sufre. Cuando los esposos no están de acuerdo hay peleas. A veces se llenan de hijos porque hacen caso al hombre. La mujer debe decidir porque es dueña de su cuerpo. La primera vez no me convenció."

(Usuaría, La Esperanza, Trujillo)

"Ambos, esposo y esposa son los que deben decidir cuántos hijos tener, conversar, pero siempre con mayor decisión del hombre. Pero es preferible la decisión de ambos. Si la pareja no está de acuerdo usan los métodos anticonceptivos a escondidas."

(Usuaría, Tarapoto)

⁶ De los Ríos, R. Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción. En: Género, mujer y salud en las Américas. Publicación científica 541. OPS, Washington, D.C., 1993.

Usar los métodos a escondidas, si bien logra resolver el problema de la anticoncepción, no resuelve el escaso poder para la negociación que tienen estas mujeres en su relación de pareja

En las metodologías expresadas por el personal de las PVOs así como en sus conceptos de calidad de atención se manifiesta preocupación por la toma de decisiones libre e informada. Brindar información sobre todos los métodos estaría en esta línea pero no se ha profundizado suficientemente en la viabilidad de la toma de decisiones reproductivas en un contexto de relaciones de poder. La dependencia y subordinación de las mujeres son muchas veces impedimentos para la toma de decisiones.

Es relevante la magnitud de la violencia intrafamiliar con graves consecuencias para la vida y la salud de las mujeres y niñas/os. Los estudios de Alencastre en Anta-Cusco⁷, encontraron violencia inclusive en las familias de mujeres con trayectoria de liderazgo. La violencia es un problema sumamente silenciado y recalca la necesidad del trabajo con varones en estos temas. Varones y mujeres entrevistadas confirman la amplitud del problema de la violencia que afectaría directamente su salud reproductiva.

Una mujer entrevistada asocia la violencia intrafamiliar al alcohol y a la desesperanza que produce en los varones la falta de oportunidades económicas. Refiere que los varones de su comunidad, desde que se disolvió la cooperativa que les daba empleo, beben alcohol, se emborrachan, quieren tener relaciones sexuales con sus cónyuges contra su voluntad y muchas veces los maltratan. Otras entrevistadas también refirieron este problema asociado a sus dificultades en cuanto a decisiones reproductivas.

7.2.4 Estrategias institucionales

Para el trabajo en áreas rurales ha sido muy importante el trabajo de relación con las comunidades y las estrategias por las cuales han logrado convocar y comprometer el trabajo voluntario de promotoras y promotores comunitarios.

Las comunidades aymaras y muchas de las comunidades mas alejadas en las zonas rurales del Cusco conservan sus leyes internas como ellos mismos dicen y tienen sus propias autoridades que rigen la vida comunal. Las trabajadoras de los equipos de campo en Puno por ejemplo asisten a las reuniones comunales que se realizan a las 4 de la madrugada. La participación en las asambleas comunales les ha permitido tener contacto con varones y mujeres de la comunidad, así como hacer mejor seguimiento a las personas y parejas atraídas a los servicios. En otros casos son las promotoras y promotores comunitarios voluntarios los que realizan la difusión en estos espacios organizacionales naturales de la comunidad. En áreas rurales es fundamental contar con el apoyo de las autoridades y líderes comunales quienes tienen gran influencia y respeto por parte de la comunidad. La estrategia ha sido correctamente seguida.

Varias de las PVOs han desarrollado una importante labor de difusión a educadores y estudiantes de colegio. Esta estrategia podría ser altamente positiva para el logro de cambio de mentalidad en las nuevas generaciones de jóvenes. Sin embargo, el personal que brinda servicios debería capacitarse en consejería para jóvenes así como revisar y tener una propuesta más fundamentada sobre las necesidades en salud sexual y reproductiva de esta población, así como orientar a las adolescentes a ser más asertivas en las relaciones con los varones, informarlas sobre su derecho a la integridad física, a la autonomía en sus decisiones y en cuáles son los métodos más adecuados para esta edad si los solicita.

Otro factor importante y todavía insuficientemente considerado en la formulación de estrategias de trabajo es la influencia del factor religioso. Desde 1995, tal como fue presentado en el análisis de la coyuntura de políticas de población, el debate entre el gobierno y la jerarquía de la Iglesia Católica fue sumamente polarizado generándose una resistencia y oposición de muchos sacerdotes y agentes pastorales ligados a la Iglesia. Es el caso de la oposición de sacerdotes y grupos religiosos conservadores en Anta que contribuyen a aumentar los temores de la gente, una informante menciona que desde el pulpito amenazan a la población con la proscripción del paraíso en el caso de utilizar anticonceptivos. En Puno, hay una publicidad permanente contra la anticoncepción, en

⁷ Información proporcionada en conversación personal

especial contra la ligadura y la vasectomía, en la radio Onda Sur perteneciente a la iglesia católica, llegando a comparar la vasectomía con la castración de animales

“Por eso cuando vino el padre a celebrar la misa nos ha reñido hartito. Nos dijo como nuestro cuerpo va poder aguantar otras cosas, por algo somos católicas, nos dijo que no usemos. Mejor deben usar los métodos naturales” (Estudio cualitativo Puno 56)

“Las monjas están en desacuerdo (con los anticonceptivos) dicen que hay tanto método natural como Dios manda. Que hay que usar métodos naturales” (promotora INPPARES, Tarapoto)

Sin embargo dentro de las iglesias también se puede encontrar posiciones favorables a los anticonceptivos incluso a la esterilización quirúrgica voluntaria. Un factor positivo analizado por las promotoras de Calca, Cusco, ha sido la presencia de grupos evangélicos en una de sus comunidades, donde la conversión de los comuneros a esta religión ha traído consigo la disminución del alcoholismo dentro de la comunidad, mayor promoción de la responsabilidad en materia reproductiva por parte de sus propios agentes pastorales y disminución del maltrato intrafamiliar. Una promotora refiere que uno de los comuneros al optar por la vasectomía lo hacía conscientemente para cuidar el cuerpo y la salud de su esposa. Ha sido importante también la experiencia de PLANIFAM de coordinar confidencialmente con un sacerdote católico de avanzada frente a esta temática en la ciudad de Cusco.

7.2.5 Aceptación de la población a las ONGs

Teniendo en cuenta las limitaciones que tuvo esta evaluación, se recogió opiniones de algunas usuarias/os que acudieron a los servicios, entrevistas a personas que transitaban o trabajaban en la calle, reuniones con promotoras/es y también a través de entrevistas a informantes claves, con trabajo reconocido con la población local.

Los servicios que brindan las ONGs son percibidos como necesarios por parte de la población que fue entrevistada. Valoran el buen trato, que se tomen el trabajo de

explicarles, sentirlos cercanos, que les atiendan rapido, que sean mas baratos que el MINSA (en zonas rurales) Para muchos, las ONGs fue el primero en informarles sobre planificacion familiar y brindarles servicios

“Antes nunca se habia escuchado hablar de planificacion familiar en esta zona”
(promotora, Anta)

Algunas de las entrevistadas refirieron que habian escuchado por radio, propaganda sobre planificación familiar y esto despertó su curiosidad por saber mas. En las areas rurales andinas resulta clave el papel de las promotoras y promotores de la comunidad, asimismo la comunicación en su mismo idioma facilita el acercamiento de las y los profesionales que trabajan en el campo

El personal demuestra gran motivacion y empatia con la población y estas actitudes son reconocidas por las usuarias. Las PVOs tendrían la aceptación de la población en las zonas donde trabajan. El trabajo en areas rurales no es facil y las instituciones han desarrollado con variantes sus estrategias de trabajo

Una estrategia que no debiera descuidarse es la referida a la difusión, comunicacion y educación sin embargo se recogieron diferentes perspectivas en cuanto al contenido de los mensajes y la calidad de los productos comunicacionales. Las estrategias IEC debieran ser revisadas

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

VIII CONCLUSIONES

El análisis de las fortalezas y debilidades de los sistemas administrativos de las instituciones participantes en el desarrollo del PVFP permite concluir lo siguiente

- 1 Las PVOs son instituciones pequeñas comparadas con los establecimientos de mayor complejidad con que cuenta el Ministerio de Salud, y han mostrado una rápida adaptabilidad a los cambios del entorno, a los procesos de cambio de las políticas de población fruto del proceso de la Reforma del Sector. Esta adaptabilidad se ha expresado desde estrategias de coordinación con el Ministerio de Salud para evitar superposición de actividades de libre competencia de mercado hasta el desplazamiento de las PVOs hacia áreas cada vez más alejadas donde el Ministerio de Salud no presta servicios o no existe personal profesional.
- 2 La Extensión 4, tenía como una de sus metas la implementación de programas de generación de ingresos. Estos programas fueron suspendidos por decisión de USAID - Peru.
- 3 La extensión 4 establecía la operatividad de las instituciones bajo la guía de planes estratégicos, particularmente en la lógica de la expansión de actividades hacia zonas rurales. Estos planes no fueron proporcionados. Además, el personal de las clínicas comunitarias informó que desconocía su existencia, y por lo tanto su viabilidad es cuestionable.
- 4 Existen planes operativos que han sido elaborados desde el nivel central, sin incorporar a los niveles intermedios y operativos, capaces de establecer los objetivos, metas y estrategias oportunas de acuerdo a su realidad, con lo cual se debilita la capacidad del personal de las PVOs para elaborar y participar en el proceso de planeamiento y monitoreo.
- 5 El personal de las clínicas comunitarias no cuenta con las competencias técnicas para la elaboración e implementación de planes operativos, participando solo en la

elaboracion del cronograma de actividades, este personal es eminentemente ejecutor con capacidad de decisión muy limitada. Igualmente, los estudios de costos (ademas de determinar costos e indices de recuperacion), tenian por finalidad la transferencia de competencias tecnicas al staff de las PVOs, lo que no ocurrio, pues los estudios fueron realizados por PRISMA sin la debida transferencia.

- 6 Existe un Sistema de Informacion Gerencial en las PVOs que permite evaluar la distribucion de recursos humanos y financieros, los aspectos logisticos, y la informacion estadistica de la productividad. Este se encuentra implementado en las Sedes Centrales con limitaciones por la falta de actualizacion de los equipos de computo e inadecuada informacion y capacitacion del personal para el uso del Sistema en la gerencia y toma de decisiones, lo que limita su efectividad y eficiencia. Otra debilidad es la falta de retroalimentación a niveles locales y comunitarios, lo cual impide que el personal valore la importancia de la informacion y tenga una vision en conjunto de la propuesta y avances del Proyecto.
- 7 El Sistema de Informacion Gerencial deberia incluir datos sobre el nivel socio economico de los usuarios de acuerdo a los establecido en la Extension 4, lo cual no fue observado.
- 8 El sistema de distribución de insumos de planificación familiar por parte de AB PRISMA es bastante eficaz puesto que nunca faltaron en las PVOs, durante la ejecucion del Proyecto.
- 9 No se han sistematizado los diferentes mecanismos y criterios de evaluacion del personal.
- 10 Se observo una disociacion entre la intencionalidad primaria institucional de una supervision como proceso enseñanza - aprendizaje y la percepcion de los clientes internos de la supervision como una auditoria y control.

- 11 Se encontro que la capacidad de uso en las diferentes Clinicas Comunitarias era menor al 50% para los diversos servicios, la capacidad de recuperacion (indice de recuperaci3n) fluctuaba entre 17% y 21 4% (PLANFAMI) y 41 0% y 47 8% (PLANIFAM) para las Clinicas Centrales Siendo el 3ndice de recuperaci3n de 0% (PLANFAMI) y entre 3 6% y 13 1% (PLANIFAM), para los servicios moviles y rurales Lamentablemente, se constato dos metodologias en el analisis de la capacidad instalada, que impide la comparabilidad de los resultados En los casos de Puno y Cusco no se alcanz3 la meta propuesta de 70% de uso de capacidad instalada En el caso de PRISMA Trujillo, ellos autoreportan haber alcanzado esta meta a inicios de 1997
- 12 La inestabilidad del proyecto en cuanto a la continuidad del financiamiento, habria afectado el trabajo en algunas comunidades donde se invirtieron esfuerzos, generaron expectativas y un compromiso por parte de la instituci3n, que no pudo responder a la demanda creada
- 13 La baja capacidad de uso, el bajo 3ndice de recuperacion de costos, aunados a la situacion de pobreza en areas rurales, hace practicamente inviable la autosostenibilidad economica en el corto plazo Parad3jicamente, la poblaci3n de las 3reas rurales tiene grandes necesidades en materia de salud reproductiva y los cambios en sus comportamientos y actitudes toman m3s tiempo que en las areas urbanas
- 14 Si bien se reconoce a las diferentes PVOs como servicios especializados en salud reproductiva en los niveles de atenci3n primaria, consideramos que esta estrategia no es la mas adecuada, debido a las multiples necesidades sentidas en salud de la poblaci3n Existe un porcentaje significativo de atenciones por otros servicios que no son planificaci3n familiar medicina general, pediatria, etc
- 15 Las personas entrevistadas reconocen la importancia de los servicios de las PVOs, identificando que estas son instituciones que brindan servicios de planificaci3n

familiar y aprecian que coloquen los servicios cerca de la comunidad así como el buen trato e información recibidos. Esto es importante, ya que la población en las áreas rurales tiene grandes necesidades en materia de salud reproductiva

- 16 El personal de las clínicas comunitarias se siente identificado con la PVO en la que laboran y con el Proyecto en cuestión, pese a no existir un conocimiento cabal de la misión y visión institucional. Existe personal que pese a la inestabilidad económica apuesta por el proyecto y otros que habiendo dejado de laborar en el proyecto aún continúan apoyándolo
- 17 Las clínicas comunitarias cuentan con la infraestructura y equipamiento adecuados para la prestación de servicios de calidad en planificación familiar. Pero, es importante resaltar que en los servicios itinerantes este aspecto es aún débil, sobretodo en la parte de asepsia y antisepsia
- 18 En el marco del proyecto se lograron realizar importantes estudios como ENSAMIR I y II y los estudios Cualitativos, que pudieron proporcionar información importante para mejorar la calidad del trabajo y el impacto, lamentablemente esos estudios no tuvieron la difusión adecuada no habiendo llegado hasta el personal operativo quien ~~la~~ hubiera dado utilidad local
- 19 El trabajo de las PVOs en las áreas rurales es sumamente complejo por la heterogeneidad cultural, la situación de pobreza, la dispersión de la población, la influencia de otros actores sociales como la iglesia, la preocupación por la falta de confidencialidad en la comunidad y el temor de que los aspectos de la vida privada, sean del dominio público, tal es el caso del uso de métodos anticonceptivos. Todo lo cual afecta en la demanda de servicios de planificación familiar
- 20 La participación de las promotoras y promotores se ha centrado en la oferta, difusión y promoción de los servicios, sin tener en cuenta que en ellos se da una síntesis de la medicina occidental y la cosmovisión propia de la cultura tradicional

21 El empoderamiento ciudadano de las comunidades y la sostenibilidad social se ven limitados por la poca participación de la comunidad en la toma de decisiones o en el monitoreo de las intervenciones de las PVOs, no logrando hacer suyos los proyectos, a pesar de reconocer las ventajas de sus servicios frente a otros existentes

22 Las iniciativas que busquen atender a las necesidades no satisfechas de salud sexual y reproductiva, tales como, las de las adolescentes son importantes como estrategias que promuevan la sostenibilidad institucional y social. Una experiencia novedosa ha sido la de PLANIFAM con la Universidad del Cusco que brinda servicios de salud reproductiva a la población juvenil universitaria y también los esfuerzos dirigidos a trabajar con la población escolar, en la mayoría de las PVOs visitadas

23 En las metodologías y en los conceptos de calidad de atención que maneja el personal de las PVOs se manifiesta preocupación por la toma de decisiones libre e informada. Brindar información sobre todos los métodos estaría en esta línea, pero no se ha profundizado suficientemente en la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva en un contexto de relaciones de género

24 En relación al material de IEC, el utilizado en los establecimientos es exclusivamente de planificación familiar, siendo muy escaso el material sobre otros temas de salud reproductiva. Por otro lado, el personal local desea poder elaborar su propio material

IX RECOMENDACIONES

- 1 En vista al nuevo proyecto, se recomienda que la estructura organizacional del mismo tenga una orientacion horizontal, a fin de involucrar a todas las instituciones en la gestion del proyecto, asegurando la sostenibilidad y fortalecimiento de las PVOs. Por ejemplo, el nivel central debe tomar en cuenta a los directivos y al personal de las PVOs en la formulacion de un plan estrategico, que considere el contexto interno y externo y las diferencias que aportan cada una de las PVOs
- 2 En el contexto del nuevo proyecto, deben quedar claramente definidas las funciones, delimitadas las obligaciones y derechos, para asi superar los desencuentros y conflictos de intereses, generados entre las PVOs y las instituciones financiadoras y administradoras, tal como nos enseño la experiencia del proyecto evaluado
- 3 Sería recomendable que las PVOs logaran desarrollar una visión común sobre el proyecto, para lo cual tendrian que generarse espacios de comunicacion y discusion sobre diferentes aspectos de la gestion, relacion con la comunidad, nuevos enfoques teoricos y otros
- 4 Debe asegurarse la capacitacion en planeamiento que permita a cada PVO elaborar sus respectivos proyectos, planes operativos, presupuestos, estudios de costos etc. El nivel central deberia programar reuniones semestrales/ anuales con los equipos representantes de las diferentes PVOs, para afinar, monitorear y replantear conjuntamente los mismos
- 5 Debe ponerse especial énfasis en estrategias que diversifiquen las fuentes de financiamiento de las PVOs (propias o a traves de proyectos de cooperacion con otras agencias financiadoras). Ello promovera el fortalecimiento y autonomia institucional y su sostenibilidad en el largo plazo

- 6 Se recomienda que el proyecto ALCANCE de una especial atención al diseño de estrategias que fomenten el establecimiento de niveles de comunicación y coordinación horizontales con la población, que favorezcan al empoderamiento de las personas y de la comunidad organizada, así como la sostenibilidad social. Por ejemplo, las atenciones itinerantes deberían programarse mediante cronograma estable, previa coordinación con promotores y agentes comunales.
- 7 Para mejorar el servicio en las comunidades rurales y usar adecuadamente la capacidad instalada, se debería diversificar los servicios de acuerdo a la demanda, siendo una decisión política si esta gama será exclusiva en salud reproductiva o ampliarse a otras áreas de la atención primaria en salud. La inversión en infraestructura y unidades móviles debería responder a las necesidades y demanda de la población y a las estrategias que se implementen. Todo lo cual redundaría en el incremento de la capacidad de uso y la recuperación de costos.
- 8 Se recomienda que las supervisiones sean integrales y conjuntas, planeadas, programadas y ejecutadas en coordinación con cada una de las instituciones. Luego de cada supervisión se debe emitir y entregar a las personas supervisadas un informe de lo encontrado y las sugerencias para cada problema. Asimismo debe haber un seguimiento de las actividades realizadas para la resolución de los problemas encontrados.
- 9 Se recomienda que las evaluaciones de los procesos sean realizadas con participación de todo el personal que labora en las PVOs. Ello favorecerá el fortalecimiento institucional y la apropiación de los conocimientos sobre el proceso generador de la investigación. La difusión de sus resultados, permitirá tanto al personal como a los directivos hacer un análisis de sus debilidades y fortalezas, para poder corregir errores y de esta manera mejorar la calidad de los servicios.
- 10 Se debería trabajar el monitoreo bajo un marco lógico definido por un programa que cuente con indicadores que sean manejados en todos los niveles. Asimismo se

deberán establecer los indicadores que permitan un balance entre calidad y producción. Se debe evitar los sesgos que introducen algunos indicadores de productividad como los APPs que influenciarían al prestador a recomendar el uso de métodos de larga duración.

- 11 Se deberían establecer espacios de comunicación y coordinación estratégica entre el proyecto ALCANCE, el Ministerio de Salud, otras instituciones y proyectos, desde los niveles institucionales más altos hasta los niveles operativos (establecimientos periféricos) para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de ambas partes.
- 12 Se recomienda usar una metodología estándar para el desarrollo de las diferentes actividades administrativas y estudios desarrollados (p.ej. supervisión, monitoreo y evaluación).
- 13 Se debería continuar fortaleciendo los equipos de trabajo, con profesionales de las ciencias sociales, educación o comunicación en los equipos de trabajo de campo, que permiten desarrollar estrategias de IEC dirigidas a la comunidad y capacitar al personal de salud en las labores de consejería y educación para la salud reproductiva.
- 14 Se debería estudiar los mecanismos y formas de motivación y reconocimiento al esfuerzo de las promotoras y promotores voluntarios de la comunidad, para disminuir la deserción y mejorar la calidad de su trabajo.
- 15 En relación a los recursos humanos, se debería reforzar la motivación y reconocimiento al esfuerzo del personal que realiza trabajo de campo. También, se debería evaluar la mejora de las condiciones de trabajo y de las remuneraciones y asegurar el financiamiento por períodos lo suficientemente amplios que eviten la pérdida de personal calificado en salud reproductiva. Ello podría dar mayor estabilidad a las estrategias desarrolladas y continuidad en el trabajo con la comunidad. Todo lo cual puede potenciar la calidad y calidez de la atención.

- 16 Se debería contar con un sistema formal de capacitación en servicio, permanente y continuo que permitiera mejorar la calidad de atención. También, se debería aplicar evaluaciones periódicas en conocimientos, actitudes y habilidades a todos los proveedores, con el fin de descubrir las necesidades de capacitación. Como resultado de la evaluación realizada, se recomienda la capacitación en Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, sexualidad y consejería.
- 17 Debe ponerse énfasis en las actividades de consejería y educación sobre diferentes temas en salud reproductiva y sexualidad, y sobre las necesidades sentidas. La consejería debería partir por conocer las necesidades o expectativas de las personas que acuden al servicio y utilizar una lista de chequeo que asegure la oferta o intercambio de la información necesaria. El tiempo que la usuaria o el usuario permanezcan esperando en los servicios, debería ser utilizado con diferentes estrategias de IEC.
- 18 Sería recomendable incorporar el enfoque de género en el marco conceptual, objetivos, estrategias e indicadores de impacto. Dentro de este enfoque, se debería desarrollar una estrategia para potenciar las habilidades de los/las promotoras voluntarias, teniendo como experiencia que el trabajo con promotores varones ha demostrado ser importante para llegar más fácilmente a los varones. A nivel de usuarios, se plantea como un desafío la viabilidad de una propuesta que fortalezca la toma de decisiones libre e informada, respetando los derechos de las personas y garantizando la equidad de relaciones entre los géneros.
- 19 Sería recomendable que los equipos de trabajo se apropien de algunas herramientas que les permitan sistematizar y profundizar en el conocimiento de las prácticas y concepciones tradicionales y populares en salud reproductiva de mujeres y varones. Esto, contribuiría a corregir los impactos negativos y potenciar los impactos positivos que se generen como producto del trabajo con la comunidad.
- 20 Trabajar con estrategias diferenciadas dirigidas a la población según edad y sexo, reconociendo que estos subgrupos poblacionales tienen necesidades específicas y

requieren metodologías de trabajo que respondan creativamente a sus deseos, aspiraciones o temores es el caso de las y los jóvenes, así como de las mujeres y los varones adultos de las comunidades

ANEXOS

ANEXO N° 01

ENCUESTA SISTEMA DE GESTION - 1997
JEFE ADMINISTRATIVO DEL ESTABLECIMIENTO

Entrevistador

Fecha

Hora

Nombre de la Persona Entrevistada

Cargo

Departamento

Provincia

Centro Poblado

Tipo de Establecimiento Centro

Posta

Ubicacion Rural

Urbano

I INFRAESTRUCTURA

1 Ambientes

	Si	No	Cuantos
Planificacion Familiar	()	()	-----
Otros Servicios	()	()	-----
Topico	()	()	-----
Sala de Espera	()	()	-----
Servicios Higienicos	()	()	-----
Consejeria	()	()	-----

2 Propiedad del Establecimiento

- (1) Cesion en prestamo
- (2) Alquilada
- (3) Propia

II EQUIPAMIENTO (Marcar con un aspa el equipo existente en el establecimiento)

Equipo existente	Equipo existente
(1) Camilla Ginecologica	(10) Equipo AQV masculino
(2) Estetoscopio	(11) Equipo implante Norplant
(3) Tensiometro	(12) Pinza anillo
(4) Balanza (adultos)	(13) Pinza extraccion DIU
(5) Lampara cuello de ganso	(14) Recipiente instrumentos usados
(6) Especulos tamaño grande	(15) Esterilizadora - Tipo
(7) Especulos tamaño mediano	(16) TV
(8) Equipo Insercion DIU	(17) VHS
(9) Equipo AQV (femenino)	

III ORGANIZACION

1 Normatividad y Formatos manejados

- (1) Manual de Organizacion y Funciones
- (2) Manuales de Normas y Procedimientos
- (3) MIS
- (4) HIS
- (5) SIS 240
- (6) Otros

2 Se envian reportes de actividades al MINSA

- (1) Si Cada cuanto tiempo?
- (2) No

3 Describa el Organigrama de la Sede Central Zonal (solicitar que lo hagan en hoja aparte)

4 Describa el Organigrama del Establecimiento (solicitar que lo hagan en hoja aparte)

5 Sistema de Referencia y Contrareferencia

Existe (1) Si (2) No

Lo Conoce (1) Si (2) No

Para que actividades (1) AQV
(2) Complicaciones
(3) Otros

Con que Institucion (1) MINSA
(2) IPSS
(3) Privados - ONGs

6 Otros servicios que presta el Establecimiento a parte de Planificacion Familiar

- (1) Control Prenatal
- (2) Papanicolao
- (3) Inmunizaciones
- (4) Control CREDE
- (5) Control IRA
- (6) Control EDA
- (7) Atencion Medica Adultos
- (8) Atencion Medica Niños
- (9) Emergencias
- (10)Otros (mencione)

IV PERSONAL

Personal	Nº	Remuneracion	Incentivo	Permanencia (tiempo)	Capacitacion (Si o No)	Fecha Ultima Capacitacion
Medico						
Obstetriz						
Enfermera						
Tecnico						
Promotor						

Evaluacion del Personal

- 1 Cada cuanto tiempo se evalua al personal
- 2 Como es la evaluacion
 - (1) Mediante productos
 - (2) Mediante coberturas
 - (3) Mediante Rendimiento
- 3 Quien realiza la evaluacion?

V LOGISTICA

- 1 Existe un Programa para el Area de Logistica
 - (1) Si
 - (2) No
- 2 Los Promotores realizan entrega de insumos?
 - (1) Si
 - (2) No
- 3 Personal que se encarga del control de insumos?
- 4 Cada cuanto tiempo se solicitan insumos?
- 5 Que tipo de tramites se realizan para solicitar insumos
- 6 Existencia actual de metodos

METODOS	CANTIDAD
Pildoras	
Inyectables	
Norplant	
DIU	
Condomes	
Espuma jalea tabletas	

VI COSTOS Y SISTEMA CONTABLE – CAPTACION DE RECURSOS

1 Conoce Ud el costo de (anotar el monto)

- (1) Historia Clinica paciente nuevo PF
- (2) Historia Clinica paciente nuevo Otros Servicios
- (3) Actividades de Consejeria
- (4) Primera Atencion por cualquier metodo (hormonal – barrera)
- (5) Insercion DIU
- (6) Insercion Norplant
- (7) AQV Femenina
- (8) Vasectomia
- (9) Atencion de control de metodo anticonceptivo
- (10)Atencion Medica Adultos
- (11)Atencion medica niños
- (12)Campañas
- (13)Atencion Puestos moviles
- (14)Otras atenciones (mencione)

2 Mencione cuanto se cobra en el Establecimiento por (anotar el monto)

- (1) Historia Clinica paciente nuevo PF
- (2) Historia Clinica paciente nuevo Otros Servicios
- (3) Actividades de Consejeria
- (4) Primera Atencion por cualquier metodo (hormonal – barrera)
- (5) Insercion DIU
- (6) Insercion Norplant
- (7) AQV Femenina
- (8) Vasectomia
- (9) Control de Metodos
- (10)Atencion Medica Adultos
- (11)Atencion medica niños
- (12)Campañas
- (13)Atencion Puestos moviles
- (14)Otras atenciones (mencione)

VII PLAN OPERATIVO

1 Como se elaboro? (marcar c/u de los que participen)

- (1) Una sola persona Quien?
- (2) Equipo Sede Central Zonal
- (3) Equipo Establecimiento
- (4) Promotores
- (5) Representantes de la Comunidad

2 Conocen todos los trabajadores de Establecimiento el Plan Operativo?

- (1) Si
- (2) No

3 Se monitorea el Plan Operativo?

- (1) Si Cada Cuanto tiempo?
Como?
Quien?
- (2) No

4 En cuanto a la Supervision cuando fue la ultima supervision que recibio el Establecimiento

5 Por quien?

- (1) PRISMA
- (2) Nivel Central Zonal
- (3) Otros (mencione)

VIII TOMA DE DECISIONES (Plan Operativo y Economico)

1 El Establecimiento posee autonomia para reprogramar el Plan Operativo?

- (1) Si
- (2) No Desde que nivel se reprograma?

2 Quienes participan en la reprogramacion de actividades

- (1) Una sola persona Quien?
- (2) Equipo Sede Central Zonal
- (3) Equipo Establecimiento
- (4) Promotores
- (5) Representantes de la Comunidad

3 El Establecimiento posee autonomia para realizar programacion de actividades extras al Plan Operativo?

- (1) Si
- (2) No

4 Los Recursos captados son

- (1) Revertidos a nivel Central Zonal para disponer de su ejecucion
- (2) Ejecutados de manera autonoma por el Establecimiento

5 Si son ejecutados por el propio establecimiento en que son utilizados?

- (1) Pago de Recursos Humanos
- (2) Adquisicion de materiales
- (3) Pago de Servicios
- (4) Pago de material IEC
- (5) Otros

IX RELACIONES INTERINSTITUCIONALES

1 Efectua Coordinaciones con Establecimientos pertenecientes a otras Instituciones?

- (1) Si
- (2) No

2 Con cuales Instituciones?

- (1) MINSA
- (2) IPSS
- (3) Privados

3 Tipo o nivel de Coordinacion ejecutada?

	Brindan	Reciben
Capacitacion	()	()
Implementacion Insumos	()	()
Apoyo Recursos Humanos	()	()
Apoyo Tecnico Campañas	()	()

X ATENCION USUARIO – ESTRATEGIAS DE CAPTACION

1 Cual es la estrategia de captacion de usuarios para Atencion en Puestos Fijos

- (1) Afiches Volantes Triptico
- (2) Atencion Integral (derivacion otros servicios)
- (3) Coordinacion Promotores
- (4) Visitas Domiciliaarias
- (5) Otros

2 Cual es la estrategia de captacion de usuarios para Atencion Puestos Moviles

- (1) Afiches volantes tripticos
- (2) Captacion casa por casa
- (3) Coordinacion con promotores
- (4) Coordinacion con clubes (madres vaso leche etc)
- (5) Colocacion Puestos en diferentes zona (periodico o variable)

XI MATERIAL IEC

1 Elaboracion

- (1) Lima – Prisma
- (2) Lima - Otros
- (3) Sede Central Zonal
- (4) Establecimiento Rural/Urbano
- (5) Desconoce

2 Financiamiento para la elaboracion

- (1) Lima – Prisma
- (2) Lima – Otros
- (3) Sede Central Zonal
- (4) Establecimiento Rural/Urbano
- (5) Desconoce

3 En el caso de que el Material IEC se haya elaborado en el Establecimiento quienes lo hicieron?

- (1) Medico
- (2) Enfermera
- (3) Obstetiz
- (4) Comunicador
- (5) Antropologo
- (6) Promotores
- (7) Representantes de la comunidad
- (8) Desconoce
- (9) No se realizo en el Establecimiento

XII PROCESOS

1 Describa Flujo de Atencion a Usuarios de MAC (desde el Ingreso a la Salida del Establecimiento)

Nuevos

Continuadores

XIII COBERTURA DE LOS DIFERENTES METODOS (persona / persona-año)

METODO		1994	1995	1996	1997 (a Junio)
Pildoras	Nuevas				
	Continuad				
Inyectable	Nuevas				
	Contín				
Norplant	Nuevas				
	Continu				
DIU	Nuevas				
	Contín				
Condomes	Nuevas				
	Contínu				
Espuma jalea	Nuevas				
	Continu				
Tabletas	Nuevas				
	Contínu				
Metodo Natural	Nuevas				
	Contínu				
Esterilizacion Femen					
Esterilizacion Masc					

XIV COBERTURA DE LOS DIFERENTES SERVICIOS QUE PRESTA Y LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL ESTABLECIMIENTO

SERVICIOS Y/O ACTIVIDADES	1994	1995	1996	1997 (a Junio)
1 Consejería				
2 Papanicolao				
3 Control Pre-Natal				
4 Atencion adultos				
5 Atencion Niños				
6 Inmunizacion				
7 CIRA				
8 CEDA				

CUESTIONARIO NIVEL CENTRAL ZONAL - 1997

Entrevistador

Fecha

Nombre persona entrevistada

Cargo

Departamento
Centro Poblado

Provincia

I PERSONAL

1 Existe Reglamentación sobre recambio de personal _

(1) Sí

(2) No

2 Cada cuanto tiempo ha habido recambio de personal en el último año en los diferentes Establecimientos

Personal	Establecim	Establecim	Establecim	Establecim	Establecim
Medico					
Obstetiz					
Enfermeia					
Técnicos					

II COORDINACION INTERINSTITUCIONAL

INSTITUCION

NIVEL

(1) MINSA

(2) IPSS

(3) Privados

(1) Central

(2) Periférico (Establecimiento)

III SISTEMA CONTABLE Y MANEJO DE RECURSOS

1 Sistema de evaluación de Contabilidad de los Establecimientos a su cargo

(1) Ingresos / Egresos

(2) Paquete enseñado (PRISMA)

2 Costo de actividades realizadas por los Establecimientos

- (1) Si
 - (2) No
- Desde que nivel se reprograma?

5 El Establecimiento posee autonomia para realizar programacion de actividades extras al Plan Operativo?

- (1) Si
- (2) No

FICHA PARA TRABAJADORES DEL ESTABLECIMIENTO - 1997

Nombre del Personal
Establecimiento

- 1 Profesion
 (1) Medico
 (2) Obstetiz
 (3) Enfermera
 (4) Tecnico

2 Tiempo que labora en la Institucion (Proyecto)

3 Tiempo que labora en el Establecimiento

4 Cual es horario de trabajo

5 En el trabajo brinda atencion o consejeria en planificacion familiar a los pacientes?

- (1) Si
 (2) No

**EN CASO QUE LA RESPUESTA EN LA PREGUNTA 5 SEA NO,
 PUEDE DAR POR TERMINADA LA ENCUESTA**

6 Mencione las 3 ultimas capacitaciones recibidas por el Proyecto

Tema de las Capacitaciones	Fecha
1	
2	
3	

7 Cuando fue la ultima capacitacion en Metodos anticonceptivos

TEMA	Fecha	Quien lo capacito?
Metodos anticonceptivos		
Consejeria en Planificacion familiar		

8 En que tema(s) considera Ud que necesita ser capacitado?

- a) _____
 b) _____
 c) _____

9 Trabaja en alguna otra Institucion

- (1) Si
 (2) No

10 En cual Institucion o Provento

- (1) MINSA
- (2) IPSS
- (3) Particular
- (4) Otra ONG

11 Conoce Ud los manuales o formatos que existen y se utilizan en el Establecimiento

- (1) Si
- (2) No

12 Mencione cuales (**NO LEER ALTERNATIVAS**)

- (1) Manual de Organizacion y Funciones
- (2) Manuales de Normas y Procedimientos
- (3) MIS
- (4) HIS
- (5) SIS 240
- (6) Otros

GUIA PARA REUNION CON EQUIPOS DE CENTROS

1 TRABAJO Y RELACION CON LA COMUNIDAD

- a) Cuentenos sobre su trabajo ¿Como se organizan?
¿que servicios brindan?
- b) ¿Como hacen para relacionarse con la comunidad?
¿Que actividades y/o estrategias desarrollan para vincularse con la comunidad?
¿que problemas tienen para llegar mas a la gente? id.oma?
- c) A quienes preferentemente se dirigen y por que?
- d) ¿Como recogen Uds las opiniones de la gente de la comunidad? ¿Tienen algun nivel de participacion en la toma de decisiones del Centro o servicio?
- e) ¿cual es el mecanismo y criterios para escoger nuevas sedes para los servicios?

2 IMPACTO Y SOSTENIBILIDAD

- a) ¿Cual consideran su mayor exito? y por que?
- b) En que piensan que no han tenido exito?
- c) ¿Que perspectivas le ven a este proyecto a futuro?
- d) ¿Como ven la presencia de servicios del MINSA en sus zonas de trabajo? que posibilidades de cooperacion hay o habrian?

3 ESTUDIOS CUALITATIVOS

- a) ¿Conocen los estudios cualitativos y los ENSAMIR que se realizaron en el marco del proyecto (Trujillo, Cusco, Puno, Lima)
Si si, en que les ha sido util?
Les ha ayudado a entender las razones de rechazo a los metodos o por que no se acercan al servicio?
Que pasa en la relacion entre las parejas a proposito del uso de anticonceptivos?
¿Por que hay mas usuarias o solo usuarias mujeres que varones?
Han introducido algun cambio en su trabajo luego de conocer los resultados de estos trabajos o del ENSAMIR, e que han consistido los cambios?

4 SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR

En que consiste la diferencia entre planificacion familiar y salud reproductiva?

En cual se ubica su trabajo PF o salud reproductiva? por que?

¿que problemas de salud reproductiva hay en la comunidad y que otros servicios se necesitarian?

5 RELACION CON LOS PROMOTORES

- a) Para Jds cual deberia ser el rol de los promotores?
- b) Es diferente el trabajo de las promotoras mujeres del trabajo de los promotores varones? en que?
- c) ¿Cuales son las mayores dificultades que han tenido en su relacion con promotoras y promotores?
- d) ¿Cuales han sido los mayores logros en el trabajo con promotoras/es?
- e) ¿que capacitacion se ha dado a las promotoras/es, en que temas? Que habilidades se han potencializado?
- f) Han podido compartir los resultados de los estudios cualitativos o del ENSAMIR con las/los promotores y como lo hicieron?
- g) ¿cual es su balance en la relacion con la comunidad y con las/los promotores de la comunidad?
- g) ¿Que han aprendido de las/os promotores?

TEST DE CONOCIMIENTOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

VERSION 5.2

Hoja de Respuestas

Forma del Test. Forma A Forma B

Apellido Paterno _____

Apellido Materno _____

Nombre _____

Institucion _____

Puesto o Cargo _____

Lugar _____

Fecha _____

TEST DE CONOCIMIENTOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Versión 5.2

FORMA A

INSTRUCCIONES

USO DE LA HOJA DE RESPUESTAS

Antes de revisar este cuadernillo, llene, por favor, la primera pagina de la Hoja de Respuestas con sus datos. No olvide marcar el casillero correspondiente a la forma del Test. En la caratula de este cuadernillo se indica si la forma es A o B.

Al finalizar la prueba, Ud debe devolver este cuadernillo limpio, sin marcas. Todas sus respuestas las indicara en la Hoja de Respuestas. Para cada ítem del Test, debe marcar una X sobre la letra correspondiente a la opcion de respuesta elegida por Ud.

USO DEL CUADERNILLO

En las paginas siguientes Ud encontrara una serie de temas (ítems) sobre planificacion familiar. Cada uno consiste en una frase y cuatro opciones de respuesta. De estas cuatro opciones, Ud debe escoger una - aquella que considera la respuesta correcta - y marcarla en la Hoja de Respuestas adjunta. Considere el siguiente ejemplo.

- EJEMPLO 1 El condon es
- a) Un juguete infantil
 - b) Un metodo anticonceptivo
 - c) Un instrumento de ingenieria
 - d) Una prenda de vestir

En este ejemplo, la respuesta correcta es la b. Por esta razon, la b esta marcada en la Hoja de Respuestas.

En todos los casos, Ud debe dar sólo una respuesta. En el siguiente ejemplo hay varias respuestas verdaderas pero una es la mas acertada.

- EJEMPLO 2 ¿Cual de los siguientes es un metodo anticonceptivo?
- a) El condon
 - b) La píldora
 - c) El DIU
 - d) Los tres

En este caso las tres primeras respuestas son verdaderas, pero la cuarta es una respuesta mas acertada porque se refiere a todas ellas. Por eso la d esta marcada en la Hoja de Respuestas.

Ahora ya puede comenzar a trabajar en la siguiente pagina de este cuadernillo. Una vez que elija la respuesta correcta de ítem No. 1, marque en la Hoja de Respuestas la letra que corresponde. Resuelva los temas en orden y recuerde por favor que en cada ítem puede marcar solo una respuesta. No debe consultar con otra persona ni revisar materiales. Tiene 40 minutos.

A

<p>1 Las trompas de Falopio</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sirven de canal para el paso del ovulo b) Pueden cortarse sin dañar la salud c) Son canales donde ocurre la fecundación d) Todo lo dicho es correcto 	<p>4 La vagina sirve</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Para el acto sexual b) Para la función de orinar c) Como canal para el parto y la salida de la menstruación d) Solo a y c son correctas
<p>2 El primer ciclo de la píldora se puede comenzar a tomar en cualquier día de la menstruación pero es preferible que sea</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El último día de la menstruación b) Al quinto día de terminada la menstruación c) El primer día que empieza la menstruación d) Al quinto día de comenzada la menstruación 	<p>5 No deben usar la píldora las mujeres que</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Son diabéticas y tienen más de 35 años b) Menstrúan siete días c) Tienen ciclos menstruales irregulares d) Han sufrido infecciones pélvicas
<p>3 La esterilización voluntaria es un buen método para</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Las parejas que desean espaciar los embarazos b) Las parejas que no han probado otros métodos c) Las mujeres en riesgo reproductivo d) Todo lo dicho es correcto 	<p>6 ¿Cuál de los siguientes métodos no es un espermicida?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Condón b) Ovíulos vaginales c) Cremas o jaleas d) Espuma

<p>7 El mejor momento para colocar el DIU es</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Durante la menstruacion b) Tres o cuatro dias antes que comience la menstruacion c) A la mitad del tiempo entre menstruacion y menstruacion d) Cinco dias despues que ha terminado la menstruacion 	<p>10. En el caso que la usaria se olvide de tomar una píldora</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Deberá dejar de tomarla y esperar que venga su menstruación b) Debera tomar una apenas recuerde y seguir normalmente con las tomas diarias a la hora acostumbrada c) Debera suspender la píldora y usar otro metodo d) Debera continuar normalmente al dia siguiente
<p>8 La mujer que se aplico la primera inyeccion trimestral</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Si lo hizo durante la regla, tendra seguridad de no embarazarse b) Si lo hizo fuera de la regla, tendra seguridad de no embarazarse c) Debe usar ademas metodos de barrera durante el primer mes para no embarazarse d) Debe usar ademas metodos de barrera durante las dos primeras semanas para no embarazarse 	<p>11 ¿Cuál de los siguientes metodos no es un metodo de barrera?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Píldora b) Condon c) Tableta u ovulo vaginal d) Espuma espermicida
<p>9 Los ovarios</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Producen el ovulo b) Producen estrogenos u hormonas femeninas c) Producen la menstruacion d) Solo a y b son correctas 	<p>12 La primera aplicacion de la inyeccion debe ser</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Diez dias despues de la regla b) Despues de los seis meses del parto c) Durante la regla d) Cinco dias antes de la regla

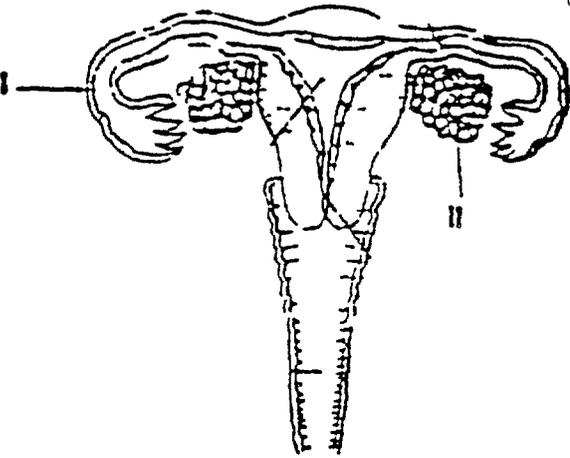
A

<p>13 No deben usar la píldora las mujeres</p> <p>a) Que tienen enfermedades del hígado</p> <p>b) Con diagnóstico médico de enfermedad del corazón</p> <p>c) Que sufren frecuentes gripes o afecciones bronquiales</p> <p>d) a y b son respuestas correctas</p>	<p>16. No deben usar la inyección trimestral las mujeres</p> <p>a) Que están dando de lactar</p> <p>b) Entre los 15 y 18 años de edad</p> <p>c) Hasta seis semanas después del parto si dan de lactar</p> <p>d) Que aun no han tenido hijos</p>
<p>14 El método de barrera más seguro es</p> <p>a) El condón usado por el hombre desde el inicio de la relación</p> <p>b) Los espermicidas colocados en la vagina antes del acto sexual</p> <p>c) La combinación apropiada de condón y espermicida</p> <p>d) La tableta vaginal</p>	<p>17 La capacidad para la reproducción en la mujer generalmente</p> <p>a) Comienza a los 10 años y termina a los 50 años</p> <p>b) Comienza poco después de la primera menstruación y termina poco antes de la última menstruación</p> <p>c) Comienza con su primera relación sexual</p> <p>d) Termina cuando deja de tener relaciones sexuales</p>
<p>15 En los primeros meses de uso, el DIU puede</p> <p>a) Ocasionar cólicos durante la menstruación</p> <p>b) Causar problemas urinarios o de vejiga</p> <p>c) Aumentar el sangrado durante la menstruación</p> <p>d) Solo las respuestas a y c son correctas</p>	<p>18 Si una mujer de 25 años fumadora soltera, con presión alta, le dice que quiere dejar los métodos caseros de anticoncepción Ud le aconsejaría</p> <p>a) Que se haga una ligadura de trompas</p> <p>b) Que use píldora o DIU</p> <p>c) Que use un método moderno que no sea la píldora</p> <p>d) Que siga con los métodos caseros</p>

<p>19. Para el uso de los espermocidas</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Es necesario ir a una clinica a consultar con un especialista b) Es posible empezar a usarlos consultandolo con un proveedor capacitado en planificacion familiar c) Hay que hacerse primero un examen Papanicolaou d) Solo es recomendable su uso si la mujer ya ha tenido un parto o aborto 	<p>22. El cuerpo del útero</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Es hueco por dentro b) Es la parte mas grande del utero c) Sirve para albergar al feto durante el embarazo d) Todo lo dicho es verdad
<p>20. El DIU esta totalmente prohibido cuando la mujer</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sufre de alergias b) Está dando de lactar c) Tiene una infeccion en el utero o la vagina d) Ha tenido una cesarea 	<p>23. La accion anticonceptiva de la pildora se debe a que</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Modifica las condiciones quimicas del espermatozoide b) Impide el paso del ovulo por las trompas c) Acelera la ovulacion d) Nada de lo dicho es correcto
<p>21. La mayoria de mujeres que usan el inyectable presentan</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Varices abultadas b) Anemia severa c) Sangrado irregular es decir falta de regla o sangrado fuera de la regla d) Demora de mas de 1 año para volver a embarazarse cuando dejan de usarla 	<p>24. Cuando se usa condon el momento de retirar el pene de la vagina es cuando</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El pene esta flacido despues del acto sexual b) El pene aun esta duro despues de haber evacuado c) El pene esta duro antes de haber evacuado d) La mujer ha tenido un orgasmo

<p>25. Una de las características del DIU es que</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Puede ser expulsado sin que la mujer se de cuenta b) Se necesita anestesar a la usuaria para ponerlo c) La pareja ya no puede cambiar de idea y tener mas hijos d) No requiere supervision del especialista una vez colocado 	<p>28. Es aconsejable que la mujer cambie la píldora por otro método si</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Está ya en el tercer ciclo y sigue teniendo sensación de pesadez en los pechos b) Ha subido dos kilos de peso durante el primer año de tomar la píldora c) Tiene mas de 35 años y se le ha comprobado presión alta d) Ya esta en el decimo ciclo y nene algunas veces dolores de cabeza
<p>26. Es una contraindicación para el uso del inyectable trimestral</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La enfermedad del corazón comprobada b) Una enfermedad del hígado actual o pasada c) El embarazo o sospecha de embarazo d) La presión alta 	<p>29. Para la segunda y las subsiguientes dosis de la inyección trimestral, la mujer debe</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Esperar la regla b) Descartar embarazo c) Continuar con las aplicaciones cada 90 días d) Estar totalmente libre de molestias
<p>27. La hormona sexual masculina se llama</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Testosterona b) Ovulo c) Estrógeno d) Espermatozoide 	<p>30. El tiempo de protección que da la tableta vaginal una vez aplicada es de aproximadamente</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Diez minutos b) Una hora c) Medio día d) Un día

<p>31. Los espermicidas son compuestos químicos que se colocan</p> <ul style="list-style-type: none"> a) En el útero de la mujer para prevenir el embarazo b) En la vulva de la mujer para prevenir el embarazo c) En la vagina de la mujer para prevenir el embarazo d) En los ovarios de la mujer para prevenir el embarazo 	<p>34. La única posible molestia que podría causar algunas veces los espermicidas es que</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La mujer o su pareja experimenten una disminución del placer sexual b) La mujer o su pareja experimenten una reacción alérgica (irritación escozor picazón) c) A la mujer le salgan manchas d) Aumente la menstruación de la mujer
<p>32. Si una usuaria le pregunta sobre la diferencia entre el DIU y un método de barrera, Ud le dirá</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Que no sabe b) Que el método de barrera se aplica en la vagina y el DIU en el útero c) Que el DIU es más seguro y práctico para prevenir embarazos d) Lo que se dice en b y c 	<p>35. La esterilización voluntaria</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Es el método más seguro para prevenir el embarazo b) Requiere una operación muy sencilla c) Puede hacerse en cualquier momento, siempre y cuando la mujer no esté embarazada d) Todo lo dicho es correcto
<p>33. Si una usuaria de la inyección trimestral constata que se le han pasado dos semanas de la fecha de aplicación</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Debe usar el método del ritmo hasta que le venga la regla b) Debe aplicarse una inyección apenas recuerde y otra al día siguiente c) Debe ir a que le apliquen el inyectable antes que pase más tiempo d) Debe cambiar inmediatamente al uso de la píldora 	<p>36. La píldora está contraindicada cuando la mujer</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ha tenido una enfermedad venérea b) Es enferma del corazón c) Tiene una enfermedad del hígado d) Solo b y c son ciertas

<p>37. Al aplicar el autoconceptivo inyectable, el proveedor debe</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Contar con el consentimiento escrito de la pareja de la usuaria b) Dar confianza a la usuaria leyendole los párrafos del Manual del Proveedor que se refieren a este método c) Abrir una jeringa nueva en presencia de la usuaria d) Hervir una jeringa nueva en presencia de la usuaria 	
<p>38. E DIU es</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Una forma de esterilización b) Un método anticonceptivo que evita la ovulación c) Un método que se puede usar más de 6 años d) Ninguna de las respuestas anteriores es verdadera 	<p>40. En el dibujo, la parte señalada con II se llama</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Vagina b) Cervix c) Utero d) Nada de lo dicho es correcto
<p>39. En el dibujo la parte señalada con I se llama</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Conducto deferente b) Trompa de Falopio c) Ovario d) Utero 	<p style="text-align: center;">EL TEST HA TERMINADO PUEDE DEVOLVER EL CUADERNILLO Y LA HOJA DE RESPUESTAS</p>

TEST DE CONOCIMIENTOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Versión 5.2

FORMA B

INSTRUCCIONES

IN...

USO DE LA HOJA DE RESPUESTAS

Antes de revisar este cuadernillo, llene, por favor, la primera página de la Hoja de Respuestas con sus datos. No olvide marcar el casillero correspondiente a la forma del Test. En la carátula de este cuadernillo se indica si la forma es A o B.

Al finalizar la prueba Ud debe devolver este cuadernillo limpio, sin marcas. Todas sus respuestas las indicará en la Hoja de Respuestas. Para cada ítem del Test, debe marcar una X sobre la letra correspondiente a la opción de respuesta elegida por Ud.

USO DEL CUADERNILLO

En las páginas siguientes Ud encontrará una serie de temas (ítems) sobre planificación familiar. Cada uno consiste en una frase y cuatro opciones de respuesta. De estas cuatro opciones, Ud debe escoger una - aquella que considera la respuesta correcta - y marcarla en la Hoja de Respuestas adjunta. Considere el siguiente ejemplo.

- EJEMPLO 1 El condón es
- a) Un juguete infantil
 - b) Un método anticonceptivo
 - c) Un instrumento de ingeniería
 - d) Una prenda de vestir

En este ejemplo, la respuesta correcta es la b. Por esta razón, la b está marcada en la Hoja de Respuestas.

En todos los casos, Ud debe dar solo una respuesta. En el siguiente ejemplo hay varias respuestas verdaderas pero una es la más acertada.

- EJEMPLO 2 ¿Cuál de los siguientes es un método anticonceptivo?
- a) El condón
 - b) La píldora
 - c) El DIU
 - d) Los tres

En este caso las tres primeras respuestas son verdaderas pero la cuarta es una respuesta más acertada porque se refiere a todas ellas. Por eso la d está marcada en la Hoja de Respuestas.

Ahora ya puede comenzar a trabajar en la siguiente página de este cuadernillo. Una vez que elija la respuesta correcta del ítem No. 1, marque en la Hoja de Respuestas la letra que corresponde. Resuelva los temas en orden y recuerde por favor que en cada ítem puede marcar solo una respuesta. No debe consultar con otra persona ni revisar materiales. Tiene 40 minutos.

<p>1. ¿Que puede hacer la mujer para aumentar la eficacia del condon?</p> <p>a) Darse una ducha vaginal de vinagre o limon</p> <p>b) Usar espuma espermicida o tableta vaginal antes del acto sexual</p> <p>c) Tomar la píldora anticonceptiva despues del acto sexual</p> <p>d) Tomar una píldora anticonceptiva antes del acto sexual</p>	<p>4. El DIU es</p> <p>a) Un objeto pequeño que se coloca en el utero</p> <p>b) Un pequeño aparato plastico que termina en unos hilos</p> <p>c) Las respuestas a y b son ciertas</p> <p>d) Un pequeño diaragma que se coloca en la vagina</p>
<p>2. Se dice que una mujer esta en resgo reproductivo</p> <p>a) Si su edad es mayor de 35 años</p> <p>b) Si ha tenido hijos muy seguidos</p> <p>c) Si ha tenido abortos</p> <p>d) Todo lo dicho es correcto</p>	<p>5. Si una usuaria se olvida de tomar una píldora, se le recomienda</p> <p>a) Que al dia siguiente del olvido tome tres píldoras y continue normalmente con el resto</p> <p>b) Que deje de cuidarse porque es posible que este embarazada</p> <p>c) Que deje de tomarlas y use otro metodo</p> <p>d) Nada de lo dicho es correcto</p>
<p>3. La primera inyeccion trimestral se aplica</p> <p>a) Por via intramuscular superficial en la nalga</p> <p>b) Por via intramuscular profunda en la nalga</p> <p>c) Por via subcutanea profunda en el brazo</p> <p>d) Por via endovenosa superficial en el brazo</p>	<p>6. A las usuarias de espuma espermicida se les recomienda</p> <p>a) Tener espuma de reserva como precaucion</p> <p>b) Darse una ducha vaginal despues del coito</p> <p>c) Tomar una píldora anticonceptiva antes del coito</p> <p>d) Solo a y b son correctas</p>

B

<p>7 El DIU lo toleran mejor las mujeres</p> <ul style="list-style-type: none">a) Que tienen contos muy frecuentesb) Que han tenido al menos un hijoc) Que han tenido varios abortos espontaneosd) Con menstruacion irregular	<p>10. Una usuaria de metodos combinados de barrera que se pone amarilla durante el embarazo desea cambiar de metodo. Ud. le recomendará</p> <ul style="list-style-type: none">a) Que siga usando los metodos de barrerab) Que considere el DIU el inyectable o la esterilizacionc) Que use el metodo del ritmod) Usar píldoras anticonceptivas
<p>8 Si la primera inyeccion trimestral se aplica durante la regla, la usuaria puede tener la seguridad de no embarazarse</p> <ul style="list-style-type: none">a) Desde el primer dia de aplicadab) Desde la primera semana de aplicadac) Las respuestas a y b son correctasd) Ninguna respuesta es correcta	<p>11 La segunda inyeccion trimestral se coloca</p> <ul style="list-style-type: none">a) Al tercer mes de la primera pero solo si la mujer esta menstruandob) Solo si es exactamente al tercer mes de la primera, sea que la mujer este menstruando o noc) A los 90 dias de la primera, pero la usuaria puede atrasarse dos semanasd) Veinte dias antes de cumplir los tres meses para mayor seguridad
<p>9 El semen es</p> <ul style="list-style-type: none">a) La sustancia evacuada por el hombreb) La sustancia que contiene los espermatozoidesc) Las respuestas a y b son correctasd) Ninguna respuesta es correcta	<p>12 El varon que ha llegado a la madurez sexual es fértil</p> <ul style="list-style-type: none">a) Todos los dias del mesb) La mitad de los dias del mesc) Solo una semana al mesd) Solo un dia al mes

B

<p>13. A una usuaria de píldora le ha venido un dolor muy fuerte en la parte alta de una pierna. Ud.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Le dira que debe consultar inmediatamente con un medico b) Le dira que se preocupe solo si se le hinchian las venas c) Le aconsejara que duerma con las piernas en alto d) Le aconsejara que deje la píldora y use metodos de barrera 	<p>16. No pueden ser usuarias de la inyeccion trimestral</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Mujeres que estan dando de lactar b) Mujeres entre los 15 y 18 años de edad c) Mujeres que ya han tenido hijos d) Mujeres con sangrado vaginal inexplicado
<p>14. Cuando se usa la tableta u ovulo vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Se debe aplicar todos los dias aunque no haya coito b) Una tableta u ovulo vaginal es suficiente para varios coitos c) Es necesaria la aplicacion de una tableta u ovulo antes de cada coito d) Es necesaria la aplicacion de una tableta u ovulo antes y despues de cada coito 	<p>17. Las trompas de Falopio</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Son conductos que conectan los ovarios y el utero b) Son canales donde ocurre la fecundacion c) Producen la placenta d) Solo a y b son ciertas
<p>15. El utero sirve para</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La formacion del endometrio b) Que se desarrolle el feto en el embarazo c) El transito del espermatozoide hacia las trompas d) Las tres respuestas son correctas 	<p>18. Si un joven quiere evitar el embarazo de su enamorada de 14 años hasta que sea mayor de edad Ud. le puede decir</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Que no use píldoras anticonceptivas b) Que la lleve al consultorio para que la esterilicen c) Que use un anticonceptivo moderno d) Que deben usar un metodo natural o de abstinencia periodica

B

<p>19 Una consecuencia de la anticoncepcion quirurgica voluntaria en la mujer es que</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ya no madurara un ovulo cada mes b) No habra posibilidad de que el ovulo pase del ovario al utero c) Ya no podra tener hijos nunca mas en la vida d) Las respuestas b y c son correctas 	<p>22 Si una mujer de menstruación irregular se hace colocar un DIU, se puede esperar que</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Se regularice la menstruación b) Aumente la frecuencia de sus coitos c) Tenga nauseas y mareos durante los tres primeros meses d) Nada de lo dicho es correcto
<p>20 Las píldoras que da a sus usuarias, si son tomadas correctamente, la protegen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Desde el primer dia que se toma la primera píldora b) Recien al segundo mes de iniciado su uso c) Recien cinco dias despues de iniciado su uso d) Desde el dia catorce del ciclo 	<p>23 La mayoría de las mujeres que usan el inyectable presentan</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Transtornos de la regla b) Colicos menstruales c) Irritacion en la vagina d) Inflamacion pelvica
<p>21 Cuando se usa condon y se quiere aumentar la lubricacion de la vagina, lo mas recomendable es usar</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Espuma espermicida o saliva b) Vaselina c) Aceite d) Jabon 	<p>24 Se llama ciclo menstrual al tiempo que pasa desde</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El primer dia de la menstruacion hasta el comienzo de la siguiente b) El ultimo dia de la menstruacion hasta el comienzo de la siguiente c) El ultimo dia de la menstruacion hasta el ultimo dia de la siguiente d) El primer dia de la menstruacion hasta el ultimo dia de la siguiente

B

<p>25 La píldora esta promovida para las mujeres que</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sufren de enfermedades alérgicas b) Se sospecha que estan embarazadas c) Nunca han tenido un embarazo d) Toman bebidas alcoholicas 	<p>28. No deben usar la inyeccion trimestral las mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Que han tenido abortos b) Que han tenido hijos c) Con tumor de mama d) Con asma
<p>26 Una de las funciones de los espermicidas es</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Impedir la accion del ovulo b) Impedir la accion del espermatozoide c) Impedir el deolitamiento del pene d) Evitar que el ovulo madure para ser fecundado 	<p>29 El periodo fertil o de mayor probabilidad de embarazo en una mujer es</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Al comienzo de su ciclo menstrual b) A la mitad de su ciclo menstrual c) En los ultimos dias de su ciclo menstrual d) Cualquier dia de su ciclo menstrual
<p>27 Las molestias que ocurren con cierta frecuencia despues de colocado el DIU son</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Colicos menstruales b) Sangrado intermenstrual durante los primeros meses c) Severo sangrado intermenstrual durante el primer año d) Las respuestas a v b son correctas 	<p>30 Para el uso del condon se recomienda</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Inflarlo con aire y esturarlo antes de usarlo para probar su elasticidad b) Lavarlo despues de usarlo para volverlo a utilizar otra vez c) Combinar su uso con espuma o tableta vaginal para mayor lubricacion v seguridad d) Combinar su uso con vaseuna para obtener mayor lubricacion de la vagina

B

<p>31. Es un buen momento para colocar el DIU</p> <ul style="list-style-type: none"> a) De los 2 a 5 días antes de la menstruación b) De los 30 a 50 días después de un parto c) De los 2 a 5 días de comenzada la menstruación d) b y c son correctas 	<p>34. Los condones pueden guardarse sin que se malogren, siempre que se mantengan lejos del calor hasta</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Medio año b) Un año c) Cinco años d) Dos años
<p>32. La hormona encargada de producir las características físicas del hombre es</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La testosterona b) El estrógeno c) El espermatozoide d) El glucógeno 	<p>35. Una mujer fumadora de 25 años y que es usuaria de DIU presenta fuertes sangrados intermenstruales desde hace 7 meses Ud</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Le recomendará que visite a un médico b) Le recomendará que use la píldora c) Le informará que probablemente tendrá que cambiar de método d) Solo a y c son ciertas
<p>33. El DIU puede producir</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sangrados intermenstruales b) Inflamación pélvica c) Cólicos d) Todo lo dicho es correcto 	<p>36. Al aplicar el primer anticonceptivo inyectable a una mujer, el proveedor debe</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Haber realizado primero un examen pélvico b) Haberse asegurado que la mujer no ha tenido abortos c) Asegurarse que ella ha entendido cuando le toca la siguiente aplicación d) Darle instrucciones de uso de un método de barrera

<p>37. Toda mujer fértil puede quedar embarazada</p> <p>a) Solo hasta los 42-45 años</p> <p>b) Hasta los 60 años, si es sana, fuerte, y sexualmente activa</p> <p>c) Desde un cierto tiempo después de su primera menstruación hasta el momento en que ya no tiene más su menstruación</p> <p>d) Nada de lo dicho es correcto</p>	<p>40. Un requerimiento de aplicación del inyectable es</p> <p>a) Que la usuaria sea alfabeta</p> <p>b) Abrir una jeringa nueva en presencia de la usuaria</p> <p>c) Que la usuaria ya no quiera tener más hijos en el futuro</p> <p>d) Que la usuaria se comprometa a visitar el centro de salud dos veces al año</p>
<p>38. Para averiguar si el condón está en buen estado, hay que</p> <p>a) Fijarse en la fecha de fabricación</p> <p>b) Presionar el sobre para saber si tiene líquido adentro</p> <p>c) Las respuestas a y b son correctas</p> <p>d) Ninguna respuesta es correcta</p>	<p>EL TEST HA TERMINADO</p> <p>PUEDE DEVOLVER EL</p> <p>CUADERNILLO Y LA</p> <p>HOJA DE RESPUESTAS</p>
<p>39. A una usuaria muy activa sexualmente y que se encuentra en el noveno día de su ciclo, se le salió ayer el DIU. Mientras consigue consulta con su médico puede</p> <p>a) Usar un método de barrera</p> <p>b) Ir a la farmacia y comprar la píldora para usarla esa misma noche</p> <p>c) Tratar ella misma de colocarse otra vez el DIU</p> <p>d) Esperar a que llegue su menstruación para que comience a usar la píldora</p>	

ESTUDIO SOBRE LA SITUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

Guia de Observacion de la Interaccion entre el Usuario y
el Proveedor de Servicios

A IDENTIFICACION

1 Nombre del Establecimiento

2 Dirección del Establecimiento

3 Nombre de la Clienta

4 Proveedor Apellidos

Nombres

5 Region

6 Dpto

7 Prov

8 Distrito

9 Centro Poblado

B TIPO DE ESTABLECIMIENTO

HOSPITAL 1

CENTRO DE SALUD 2

PUESTO DE SALUD 3

C ENTREVISTA

1 Fecha Dia Mes Año

2 Entrevistadora

3 Resultado final 1 Completa 3 Aplazada 5 Respondida parcialmente
2 Ausente 4 Rechazada 6 Otra (especifique)

NO	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
101	La atencion esta dividida en una primera interaccion para proporcionar informacion y/o consejera sobre planificacion familiar y una segunda interaccion para analizar el caso especifico de la clienta (consulta)	Si No	1 2
101 a	Tipo de Agente Proveedor	Medico general Médico Especialista Obstetriz Enfermera Tecnico Sanitario Medico y obstetriz Medico y otro agente Obstetriz y otro agente Otro (especifique)	1 2 3 4 5 6 7 8 9
102	¿Cuál fue la razon principal de la consulta?	Obtención del método Control del método Sólo reabastecimiento del método Problemas con el metodo Cambio de método Abandono de método Otra (especifique) _____	1 2 3 4 5 6 7
103	¿El profesional la recibe amablemente? (La saluda la invita a sentarse etc)	Si No	1 2
104	¿Es la primera consulta en planificacion familiar?	Si No	1 2
105	¿El profesional pregunto o hablo sobre ?	Si a Su deseo de tener mas hijos b Beneficios de la PF para la salud integral de la familia c Descrbio toda la variedad de metodos anticonceptivos modernos d Hablo de metodos naturales e Pregunto que metodos deseaba f Le explico los metodos adecuados para ella g Utilizo muestras de metodos u otro material para explicarle h Explico sobre algunos metodos anticonceptivos	No 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 2 2
105i	¿El profesional pregunto si la paciente tenia pareja permanente?	Si No	2

NO	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
105j	La paciente tiene pareja estable	Si No	1 (->105k) 2 (->105m)
105k	¿El profesional indago sobre si la pareja estaba de acuerdo con el uso de anticoncepcion por parte de la paciente?	Si y pareja de acuerdo Si y pareja en desacuerdo No	1(->105m) 2(->105l) 3(->105m)
105l	¿El profesional ofreció hablar con su esposo para lograr su acuerdo?	Si No	1 2
105n	¿El profesional pregunto por historia de contagios sexuales?	Si No	1 2
105o	¿El profesional pregunto por molestias actuales que sugieran contagio sexual?	Si No	1 2
105p	La paciente	Refirio sobre posible ETS en el pasado Refirio sobre posible ETS actual Refirió sobre ETS antes y ahora No refirió sobre ETS	1 2 3 4(->106)
105q	¿El profesional sugirio exámenes adicionales para evaluar posible ETS?	Si No	1 2
105r	¿El profesional tomó muestras para exámenes adicionales para ETS?	Si No	1 2
106	¿Le pregunto si alguna vez se habia hecho PAP?	Si paciente se hizo Si paciente no se hizo No	1 (>106a) 2 (->106b) 3 (->107)
106a	¿Le preguntaron resultado?	Si No	1 2
106b	¿Le recomendaron examen anual?	Si No	1 2
106c	¿Se aseguraron de que entendia lo que era el PAP?	Si No	1 2
106d	¿Le tomaron muestra para PAP?	Si No	1 2
107	¿Sobre que metodo le informa y/o aconseja el profesional?	Si No Metodo de barrera Pildora Inyectable DIU AQV Metodos naturales Ninguno Otro(especifique) _____	1 2 1 2 1 2 1 2 2 2 2

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
108	<p>¿Que metodo eligio o esta utilizando?</p> <p>Si es combinacion de condon - espermicida plantee las preguntas 110 y 111</p>	<p>Condon 1</p> <p>Espermicida 2</p> <p>Pildora 3</p> <p>Inyectable 4</p> <p>Norplant 5</p> <p>DIU 6</p> <p>AQV 7</p> <p>Metodos naturales 8</p> <p>No usuana 9</p> <p>Combinacion _____ 0</p>	<p>110</p> <p>111</p> <p>112</p> <p>113</p> <p>113 a</p> <p>114</p> <p>115</p> <p>116</p> <p>120</p> <p>Segun metodos usados</p>
110	<p>PACIENTE USUARIA DEL CONDON</p> <p>¿ El profesional le explico que _____ o acerca de _____ ?</p> <p>a El condon se pone al pene antes de cualquier penetracion a la vagina?</p> <p>b El retro del condón debe hacerse cuando el pene está aun erecto?</p> <p>c Debe utilizarse un condón por cada relacion sexual?</p> <p>d Las posibles molestias con el uso del condón?</p> <p>e Le abasteció del metodo/le dió receta para recoger?</p> <p>f Hablo sobre sus dudas acerca del uso del método?</p> <p>g Respondio a todas las dudas o molestias de la usuaria?</p> <p>h Hablo del modo de guardarlos o almacenarlos?</p> <p>i ¿Dijo que hacer en caso de no presentarse la regla?</p> <p>j La refino a otro profesional del establecimiento para que le diera informacion sobre el uso del metodo?</p> <p>k Le dió que debe usarse combinado con espermicida</p>	<p>SI NO</p> <p>1 2</p>	<p>201</p>
111	<p>PACIENTE USUARIA DE ESPERMICIDA</p> <p>¿El profesional le explico que _____ o acerca de _____ ?</p> <p>a El ovulo tableta o jalea debe aplicarse en el fondo de la vagina y esperar por lo meros 10 minutos antes de iniciar la relacion sexual</p> <p>b Debera aplicarse los espermicidas antes de cada relacion sexual y mantener la posicion horizontal</p> <p>c No debe hacerse lavados vaginales internos durante las 6 horas siguientes a la relacion sexual</p> <p>d Se hablo sobre las molestias y dudas acerca del uso del metodo</p> <p>e Respondio a todas las dudas o molestias de la usuaria</p> <p>f Hablo del modo de guardarlos o almacenarlos?</p> <p>g Sugiero que hacer en caso de no presentar la regla?</p> <p>h La refino a otro profesional del establecimiento para que le diera informacion sobre el uso del metodo?</p>	<p>SI NO</p> <p>1 2</p> <p>1 2</p> <p>1 2</p> <p>1 2</p> <p>1 2</p> <p>2 2</p> <p>2 2</p> <p>2 2</p> <p>2 2</p>	<p>20</p>

112	PACIENTE USUARIA DE LA PILDORA ¿El profesional le explico que o acerca de ? A ¿En primer mes de uso de la pildora se empieza a tomar en los primeros cinco dias posteriores al inicio de la menstruacion? B Debera tomar una pildora diaria sin interrupcion C Que hacer cuando se olvida de tomar la pildora D Las posibles molestias o efectos secundarios E ¿Le pregunto sobre las contraindicaciones (diabetes, presión alta TBC tumores a la mama enfermedades hepaticas psiquiatricas) F ¿Pregunto por sus dudas acerca del uso del metodo? G ¿Respondio a todas las dudas o molestias de la usuaria? H ¿La previno acerca de sangrado ocasional en caso de que la paciente decida interrumpir la toma de pastillas? I ¿Que hacer en caso de no presentar la regla (menstruacion)? J ¿Que hacer si no se encuentra el insumo en la fecha de tomar la pastilla? K La refino a otro profesional del establecimiento, para que le diera informacion sobre el uso del metodo	SI	NO	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	201
113	PACIENTE USUARIA DE INYECTABLE ¿El profesional le pregunto si o acerca de ? A Tuvo antecedentes de ataque o paro cardiaco B Ha tenido problemas de coagulacion C Tenia problemas al higado D ¿Le explico que debera regresar cada tres meses para la aplicacion de una nueva dosis? E ¿Le hablo sobre molestias y dudas acerca del uso del metodo? F ¿Respondio a todas las dudas o molestias de la usuaria? G ¿Se hablo sobre la probabilidad de ausencia de menstruacion u otras alternativas del ciclo? H ¿Le dijo que hacer en caso de no presentar la regla? I ¿Le dijo que hacer si no se encuentra el insumo en la fecha de colocarse el inyectable? J La refino a otro profesional del establecimiento para que le diera informacion sobre el uso del metodo?	SÍ	NO	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	201
113a	SI LA PACIENTE ELIGE EL METODO DE NORPLANT EL PROFESIONAL LE EXPLICO A ¿Le pregunto sobre las contraindicaciones (diabetes presión alta TBC tumores a la mama enfermedades hepaticas psiquiatricas) B ¿Las posibles molestias o efectos secundarios C ¿Se hablo sobre las dudas frecuentes acerca del uso del metodo? D ¿Respondio a todas las dudas o molestias de la usuaria? E ¿La previno acerca del sangrado ocasional o falta de ella durante los primeros meses? F ¿Que hacer en caso de no presentar la regla (menstruacion)? G ¿Que podia retirarse lo cuando ella lo desee? H La refino a otro profesional del establecimiento para que le diera informacion sobre el uso del metodo	SI	NO	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	201

114	PACIENTE USUARIA DEL DIU ¿E profesional le menciona o pregunto sobre ? A Contraindicaciones para el uso de T de cobre B Numero de hijos o embarazos C Posibles efectos secundarios D Manera de comprobar que el DIU se encuentra en su lugar es chequearse los hilos E Regresar inmediatamente si expulsa el DIU F Uso de metodo de barrera temporalmente en caso expulse el DIU G Le programo visita de control H ¿Se hablo sobre las molestias y dudas acerca del uso del metodo? I ¿Respondio a todas las dudas de la usuaria? J ¿Le hablo del PAP? L Se le mostro el DIU para que lo palpe? M La refino a otro profesional del establecimiento para que le diera informacion sobre el uso del metodo	SI	NO	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	201
115	PACIENTE ELIGIO AQV El profesional A ¿Le explico las razones por las cuales la mujer o el hombre se deben operar? B ¿Le hablo de los otros metodos anticonceptivos? D ¿Menciono que es una operación no reversible? E ¿Menciono acerca de posibles complicaciones de la operación? F ¿Describo el tipo de anestesia a utilizar? G ¿Hablo sobre el tiempo de recuperacion? H ¿Programo fecha de intervencion? I ¿Hablo sobre las molestias y dudas acerca del uso del metodo? J ¿Respondio a todas las dudas o molestias de la usuaria? K ¿Le converso acerca de las repercusiones de la ligadura sobre la menstruacion y el comportamiento sexual? L ¿Discutio sobre las posibilidades futuras del deseo de tener hijos en caso cambie su situacion (viudez muerte de hijos etc)?	SI	NO	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	
		1	2	201
116	DENTRO DE LOS METODOS NATURALES ¿Cual aconseja o recomienda el profesional?			
	Ritmo calendario		1	117
	Temperatura basal		2	118
	Ovulacion moco		3	119
	Dos metodos		4	Segun
	Tres metodos		5	117 9
117	SI LA PACIENTE ELIGE EL METODO DEL RITMO (O EL CALENDARIO) EL PROFESIONAL LE EXPLICO QUE - La mujer debe anotar cada uno de sus 12 ultimos ciclos menstruales y promediar la regularidad de sus periodos cual es su periodo fertil	SI	NO	
		1	2	
		1	2	201

118	SI LA PACIENTE ELIGIO EL METODO DE LA TEMPERATURA BASAL, EL PROFESIONAL LE EXPLICO QUE - La ovulacion sucede cuando despues de alcanzar una temperatura inferior esta empieza a aumentar (la temperatura del cuerpo aumenta entre 3 y 5 lineas) - Debe tomarse la temperatura al momento de despertar (despues de haber dormido un minimo de 6 horas) antes de tomar alimentos - Debe medirse la temperatura todos los dias y registrarla - ¿Le abastecio de una ficha de temperatura? - ¿Le abastecio de un termometro? - ¿Le pregunto si sabia leer el termometro?	SI	NO
		1	2
		1	2
		1	2
		1	2
		1	2
		1	2
		(ir a 201)	
119	SI LA PACIENTE ELIGIO EL METODO DE OVULACION, MOCO O BILLINGS EL PROFESIONAL LE EXPLICO QUE - despues de la regla hay varios dias en que no hay secreciones (dias secos")? - al comienzo del periodo de ovulacion las secreciones aumentan su aspecto turbio y puede quedar embarazada? - cuando la secrecion se presenta clara y viscosa como clara de huevo puede quedar embarazada? - cuando la secrecion de moco se vuelve espesa y pegajosa puede quedar embarazada? - no puede usar el metodo si padece de flujo (secrecion) vaginal anormal (en cantidad maioliente)?	SI	NO
		1	2
		1	2
		1	2
		1	2
		1	2
		(ir a 201)	
120	SI LA PACIENTE NO ELIGIO METODO, EL POFESIONAL - Le menciono los factores de nesgo (edad, muchos embarazos periodo intergenesico corto enfermedades nesgosas) y consecuencias	SI	NO
		1	2
121	¿POR QUE NO ELIGIO NINGUN METODO?		
	Sospecha de embarazo		1
	Algun problema medico		2
	No esta en nesgo reproductivo		3
	No fue posible observar		4
	Otro (especifique)		5

SECCION III CONDUCTA DE LA CLIENTA

NO	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
201	La clienta	SI	No
	a Se expreso con claridad	1	2
	b Demostro seguridad y decision		2
	c Hizo varias preguntas al proveedor		2
	d Fue buena intormante		2
	e Mostro interes en entender la informacion que le daba		2
	f Se mostro temerosa y desconfiada		2
	g Se mostro amable y comunicativa		2

SECCION III CONDICIONES DEL CONSULTORIO

30	¿Las sábanas de la camilla están limpias? S 1 No 2 No hay sábanas 3 No fue posible observar 4
302	¿El piso del consultorio se encuentra limpio? Si 1 No 2 Solo barrido 3
303	¿Las ventanas del consultorio están completamente limpias? (Incluye los marcos y/o protector de insectos) Si 1 No 2 No tiene ventanas 3
304	¿El consultorio dispone de lavamanos? Si 1 No 2
305	¿Hay jabón para que el profesional se lave las manos? Si 1 No 2
306	¿La toalla de manos para el profesional se encuentra limpia? Si 1 No 2 No hay toallas 3
307	¿El profesional se lavó las manos Antes y/o después de atender al paciente? 1 No se lavó 2 No hizo examen 3
308	¿El profesional se puso los guantes limpios inmediatamente antes de hacer el examen pelvico? Si los dos guantes 1 Solo un guante 2 Ninguno 3 No hizo examen pelvico 4
309	¿El consultorio es de uso general, es ginecológico y/o pediátrico, o exclusivo de PF? General 1 Gineco-obstétrico 2 Pediátrico 3 Exclusivo de PF 4
310	¿El consultorio tiene instalaciones para el fluido eléctrico? Si 1 No 2
311	¿El consultorio tiene fluido eléctrico en este momento? Si 1 No 2
312	¿En el consultorio se dispone de una linterna o frontoluz para el examen, y que funciona? Si 1 No 2 No se pudo observar 3

SECCION IV ACTITUDES

401	¿Que trato recibió la paciente? Afectuoso 1 Cortes 2 Otro (especifique) 3 8
402	¿Se dio importancia a las opiniones de la paciente? Si 1 No 2

ENTREVISTA DE SALIDA PARA USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Instrucciones para el/la entrevistador/a:

Anotar la informacion solicitada en esta pagina. Luego lea a la usuaria el saludo que se presenta en la siguiente pagina y continúe con el resto de las preguntas siempre y cuando la entrevistada de su consentimiento. En cada pregunta las respuestas encierre con un circulo o escribalo segun corresponda.

Nro de Cuestionario _____

A ESTABLECIMIENTO

A 1 Nombre del establecimiento _____

A 2 Direccion del establecimiento _____

A 3 Region _____ A 4 Departamento _____

A 5 Provincia _____ A 6 Distrito _____

A 7 Centro poblado _____

B TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Hospital	1
Centro de Salud	2
Puesto de salud	3

C ENTREVISTA

C 1 Fecha de entrevista Dia _____ Mes _____ Año _____

C 2 Entrevistadora _____Codigo _____

C 3 Resultado final

Completo	1
Incompleto	2
Se nego a contestar	3

C 4 Firma del Supervisor _____

Nro	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASEA:
1	¿Cuántos años tiene?	_____ años Fecha de nacimiento Mes ____ Año _____ No sabe 98	
2	¿Cuál es su estado civil?	Casada 1 Convive 2 Soltera nunca se casó 3 Divorciada/separada/viuda 4	
3	¿Cuál es su grado de instrucción? (Marca una sola respuesta)	No acude a la escuela formal 1 Primaria incompleta 2 Primaria completa 3 Secundaria incompleta 4 Secundaria completa 5 Superior técnico 6 Superior universitario 7	
4	¿Cuántos hijos nacidos vivos tiene actualmente?	_____ Hijos/as No sabe 98 Si no tiene ninguno 77 → 8	
5	¿Cuál es la edad de su hijo/a menor?	_____ meses No sabe 98	
6	¿Le gustaría tener un hijo más?	Si 1 No 2 Depende de la pareja 3 Depende de Dios 4 No esta segura/indecisa 5	→ 8
7	¿Cuándo le gustaría tener ese hijo?	En menos de un año 1 En un año 2 Entre uno y dos años 3 En dos años 4 Mas de dos años 5 Alguna otra respuesta 6 No sabe 98	
8	¿Cuál es el motivo por el que vino hoy a los servicios de planificación familiar?	Informarse de metodos 1 Nueva aceptante de PF 2 Reinicia uso de PF 3 Reabastecimiento/control (Sin problemas) 4 Reabastecimiento/control (Con problemas) 5	
9	Además del servicio de PF ¿Ud recibió algún otro tipo de servicio?	Si 1 No 2 → 11	
10	Me gustaría saber sobre otros servicios que recibió hoy ¿Cuál de los siguientes servicios recibió? (LEA CADA UNA DE LAS ALTERNATIVAS)	Si NO 1 Cuidado prenatal 1 2 2 Cuidado postnatal 2 3 Consejería/pruebaenVIH/SIDA 2 4 Consejería/tratamiento de ETS 2 5 Atención del niño 2 6 Atención de la mujer 2 7 Otros _____ 2	

Nro	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A.
11	¿Esta satisfecha o insatisfecha con la visita que hoy realizo a esta posta?	Satisfecha Insatisfecha Otro _____	1 → 13 2 3 → 13
12	¿Por que no esta satisfecha con su visita de hoy?		
13	¿Cree que hoy recibio los servicios y la informacion que necesitaba?	Si No Parcialmente No sabe	1 2 3 98
14	¿Que le parecio el tiempo que duro la consulta de PF? (LEER ALTERNATIVAS)	Duro muy poco Se demoro mucho Fue adecuado No sabe	1 2 3 98
15	En esta visita ¿Tuvo alguna preocupacion sobre la PF u otro aspecto de su salud que deseaba conversar con la doctora/obstetra?	Si No	1 2 → 17
16	La persona que lo atendio ¿escucho sus preocupaciones tal como lo deseaba?	Si No	1 2
17	En esta visita ¿Que tipo de examen medico le hicieron?	SI NO 1 Presion 1 2 2 Sangre/orina/heces 1 2 3 Mamas 1 2 4 PAP 1 2 5 Otros _____ 6 Ninguno 77 7 No sabe 98	→ 19
18	¿Le explicaron sobre los exámenes antes de hacerselos?	Si No	1 2
19	¿Tuvo suficiente privacidad en la consulta? (LEER LAS ALTERNATIVAS SI NO RESPONDEN LAS USUARIAS)	SI NO 1 Escuchaba la gente 1 2 2 Miraba la gente 1 2	
20	¿Le fue facil o dificil de entender lo que le explico la persona que la atendio?	Facil de entender Dificil de entender No sabe	1 2 98
21	En esta visita ¿le dieron algun folleto o material educativo para que se lleve a su casa?	Si No	1 2 → 23
22	¿De que temas trataba el material?	SI NO 1 Planificacion familiar 1 2 2 Salud materna 2 3 Entrega de servicios 2 4 VIH/SIDA y otras ETS 2 5 Cuidado del nino 2 6 Salud de la mujer 2 7 Otro _____ No sabe 98	

Nro	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
23	En su visita de hoy ¿Asistió a alguna charla grupal?	Si 1 No 2	→ 26
24	¿Que temas trataron en la charla grupal?	Si NO 1 Planificación familiar 1 2 2 Salud materna 1 2 3 Entrega de servicios 1 2 4 VIH/SIDA y otras ETS 1 2 5 Cuidado del niño 1 2 6 Salud de la mujer 1 2 7 Otro _____ 8 No sabe 98	
26	Alguna de las personas que la atendió ¿Le dijo cuando tenía que regresar?	Si con fecha 1 Si cuando hay un problema 2 No 3 No sabe 98	
27	¿Es conveniente para Ud El horario de atención de este servicio?	Si 1 No 2 No sabe 98	→ 29 → 29
28	¿Que horario le convendría mas? (MARQUE SOLO UNA RESPUESTA)	Temprano por la mañana 1 A la hora del almuerzo 2 En la tarde 3 En la noche 4 Fines de semana/fenados 5 Otra _____ 6 No sabe 98	
29	Alguna vez en este servicio ¿se negaron a atenderla en horario de trabajo?	Si 1 No 2 No tiene experiencia previa en el servicio 3 No sabe 98	
30	Aproximadamente ¿que tiempo espero desde que llego a este establecimiento hasta ingresar al consultorio?	En seguida sin esperar 1 Menos de media hora 2 Entre 30 y 60 minutos 3 Mas de una hora 4 No sabe 98	→ 32
31	¿Que le pareció el tiempo que espero?	Aceptable 1 Demasiado 2 No sabe 98	
32	¿Cuanto tiempo demoro hoy en venir hasta aquí?	_____ minutos No sabe 98	
33	¿Que medio de transporte uso hoy para venir hasta aquí? (MARQUE SOLO UNA ALTERNATIVA)	Caminando 1 Asno/caballo 2 Bus,combi /mototaxi(Transporte publico) 3 Bicicleta 4 Taxi (auto) 5 Carro propio 6 Otro _____	

Nro	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A:																																				
42	¿Que metodos ha usado?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>1 Pildora</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2 DIU</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 Inyectable</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4 Norplant</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5 Condón</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6 Tableta/ovulo</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>7 Esterilización femenina</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>8 Lactancia materna</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>9 Ritmo/abst periodica</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>10 Otro _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td></td> <td>98</td> </tr> </table>		SI	NO	1 Pildora	1	2	2 DIU	1	2	3 Inyectable	1	2	4 Norplant	1	2	5 Condón	1	2	6 Tableta/ovulo	1	2	7 Esterilización femenina	1	2	8 Lactancia materna	1	2	9 Ritmo/abst periodica	1	2	10 Otro _____			No sabe		98	
	SI	NO																																					
1 Pildora	1	2																																					
2 DIU	1	2																																					
3 Inyectable	1	2																																					
4 Norplant	1	2																																					
5 Condón	1	2																																					
6 Tableta/ovulo	1	2																																					
7 Esterilización femenina	1	2																																					
8 Lactancia materna	1	2																																					
9 Ritmo/abst periodica	1	2																																					
10 Otro _____																																							
No sabe		98																																					
43	¿Ha recibido algun metodo en esta visita?	<table border="0"> <tr> <td>Si</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> </table>	Si	1	No	2	→ 45																																
Si	1																																						
No	2																																						
44	¿Por que no recibio hoy un metodo anticonceptivo? (MARQUE SOLO UNA RESPUESTA)	<table border="0"> <tr> <td>Vino solo por informacion</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Cambio de idea</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sospecha embarazo</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Contraindicaciones para el metodo elegido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Continua lactancia</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Otra razon de salud</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>No esta disponible el metodo elegido</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Hay que regresar en la siguiente regia</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Otro _____</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>98</td> </tr> </table>	Vino solo por informacion	1	Cambio de idea	2	Sospecha embarazo	3	Contraindicaciones para el metodo elegido	4	Continua lactancia	5	Otra razon de salud	6	No esta disponible el metodo elegido	7	Hay que regresar en la siguiente regia	8	Otro _____	9	No sabe	98	→ 109																
Vino solo por informacion	1																																						
Cambio de idea	2																																						
Sospecha embarazo	3																																						
Contraindicaciones para el metodo elegido	4																																						
Continua lactancia	5																																						
Otra razon de salud	6																																						
No esta disponible el metodo elegido	7																																						
Hay que regresar en la siguiente regia	8																																						
Otro _____	9																																						
No sabe	98																																						
45	Hoy ¿Que metodo anticonceptivos acepto usar?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>1 Pildora</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2 DIU</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 Inyectable</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4 Norplant</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5 Condon</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6 Tableta/ovulo</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>7 Esterilizacion femenina</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>8 Lactancia materna</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>9 Ritmo/abst periodica</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>10 Otro _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td></td> <td>98</td> </tr> </table>		SI	NO	1 Pildora	1	2	2 DIU	1	2	3 Inyectable	1	2	4 Norplant	1	2	5 Condon	1	2	6 Tableta/ovulo	1	2	7 Esterilizacion femenina	1	2	8 Lactancia materna	1	2	9 Ritmo/abst periodica	1	2	10 Otro _____			No sabe		98	
	SI	NO																																					
1 Pildora	1	2																																					
2 DIU	1	2																																					
3 Inyectable	1	2																																					
4 Norplant	1	2																																					
5 Condon	1	2																																					
6 Tableta/ovulo	1	2																																					
7 Esterilizacion femenina	1	2																																					
8 Lactancia materna	1	2																																					
9 Ritmo/abst periodica	1	2																																					
10 Otro _____																																							
No sabe		98																																					
46	Ademas del metodo elegido la doctora obstetriz ¿le habló de otros metodos?	<table border="0"> <tr> <td>Si</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>98</td> </tr> </table>	Si	1	No	2	No sabe	98																															
Si	1																																						
No	2																																						
No sabe	98																																						
47	¿Le dijo que podria cambiar de metodo si no estaba a gusto con el que eligio?	<table border="0"> <tr> <td>Si</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>98</td> </tr> </table>	Si	1	No	2	No sabe	98																															
Si	1																																						
No	2																																						
No sabe	98																																						
48	¿Le señalaron otros lugares en los que Ud podria conseguir el metodo que eligio?	<table border="0"> <tr> <td>Si</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Nc</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>98</td> </tr> </table>	Si	1	Nc	2	No sabe	98																															
Si	1																																						
Nc	2																																						
No sabe	98																																						
49	Aparte del metodo anticonceptivo que eligio ¿Algun otro metodo le habria gustado usar?	<table border="0"> <tr> <td>Si</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nc</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>98</td> </tr> </table>	Si		Nc	2	No sabe	98	→ 52																														
Si																																							
Nc	2																																						
No sabe	98																																						

Nro	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	SI	NO	PASE A:
34	Sabe ¿Que otros servicios ofrece este establecimiento aparte de la PF?	1 Cuidado prenatal 2 Cuidado postnatal 3 Consejera/pruebaenVIH/SIDA 4 Consejera/tratamiento de ETS 5 Atencion del niño 6 Atencion de la mujer 7 Otros _____ 8 No sabe	1	2	
35	Aparte de este centro/posta/hospital ¿Hay otro lugar cerca a su casa donde pueda ir para PF?	Si No No sabe	1	2	→ 38
36	¿ Es posta centro de salud u hospital? (MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA SI HAY MAS DE UNO ELIJA EL MAS CERCANO A SU CASA)	Posta Centro de salud Hospital Otro _____ No sabe	1	2	
37	¿Por que no va a la otra (posta centro u hospital)? (MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA)	El horano no conviene Toma demasiado tiempo en ir hasta allá Pobre la atencion Pocos servicios disponibles Desea pasar por anonima Es mas caro No hay un buen trato Otro _____ No sabe	1	2	
38	Señora si totalizamos los gastos que realizo hoy en pasajes medicamentos abrir la historia clinica ¿Que le parecio? (LEER ALTERNATIVAS)	Muy caro Un poco caro Aceptable No gasto No sabe	1	2	
39	REVISE LA RAZÓN POR LA QUE HOY VINO LA USUARIA AL SERVICIO LUEGO PREGUNTE ¿La razon principal por la que vino fue (lea la respuesta de la preg 8) es correcto? (SI SEÑALA QUE ES CORRECTO MAQUE LA MISMA RESPUESTA DE ESTA PREGUNTA Y PASE A LA SIGUIENTE DE LO CONTRARIO PREGUNTELE CUAL ES LA RAZÓN CORRECTA Y PASE A LA PREGUNTA INDICADA)	Informarse de metodos Nueva aceptante de PF Reinicia uso de PF Reabastecimiento/control (sin problemas) Reabastecimiento/control (Con problemas) Otro _____	1	2	→ 53 → 57 → 109
PARA USUARIAS NUEVAS Y QUE REINICIAN LUEGO DE UN PERIODO DE DESCANSO					
40	Entiendo que Ud NO usaba un metodo anticonceptivo antes de venir hoy al servicio ¿ Es correcto?	No Estaba usando Estaba usando	1	2	Reg P 39
41	¿Alguna vez en el pasado uso algun metodo de planificacion familiar?	Si No	1	2	→ 40

Nro	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A.
50	¿Que metodo habria preferido usar? (marque solo una respuesta)	Pildora 1 DIU 2 Inyectable 3 Norplant 4 Condón 5 Tableta 6 Esterilizacion femenina 7 Lactancia materna 8 Ritmo/abstinencia 9 Otro _____ 10 No sabe 98	
51	¿Por que no usa el metodo que prefiere?	SI NO 1 El prof dijo que no es apropiado 1 2 2 No hay el método en el Serv 1 2 3 No hay personal entrenado 1 2 4 Temporalmente no esta disponible 1 2 5 Otro _____ 1 2 No sabe 98	
52	MARQUE EL METODO ELEGIDO POR LA CLIENTE EN LA PREGUNTA 45 Y DIGA AHORA ME GUSTARIA PREGUNTARLE SOBRE EL METODO QUE USA	Pildora 1 DIU 2 Inyectable 3 Condón 4 Tableta 5 Esterilizacion femenina 6 Norplant 7 Lactancia materna 8 Ritmo/abst periodica 9 Otro _____ 10 No sabe 98	→ 70 → 79 → 87 → 95 → 100 → 109
PARA USUARIAS QUE RETORNAN AL SERVICIO Y NO PRESENTAN PROBLEMAS			
53	Tengo entendido que hoy cuando Ud vino a esta posta estaba usando un metodo anticonceptivo ¿Es correcto?	No Estaba usando 1 Estaba usando 2	Reg P39
54	¿Que metodos anticonceptivos estaba usando?	SI NO 1 Pildora 1 2 2 DIU 1 2 3 Inyectable 1 2 4 Norplant 1 2 5 Condon 1 2 6 Tableta/ovulo 1 2 7 Esterilizacion femenina 1 2 8 Lactancia materna 1 2 9 Ritmo/abst per odica 1 2 0 Otro _____ 1 2 No sabe 98	
55	¿Pensaba seguir usando este metodo?	S No No sabe	→ 60 → 109

Nro	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASEA:
56	MARQUE EL METODO EMPLEADO POR LA USUARIA (DE LA PREGUNTA 54) Y DIGA. "Ahora me gustaria preguntarle sobre el uso" (LEA EL METODO)	Pildora	1 → 70
		DIU	2 → 79
		Inyectable	3 → 87
		Condón	4 → 95
		Tableta	5
		Estenizacion femenina	6 → 100
		Norplant	7
		Lactancia materna	8
		Ritmo/abst periodica	9 → 109
		Otro _____	10
No sabe	98		
PARA USUARIAS QUE RETORNAN AL SERVICIO POR PROBLEMAS CON EL METODO QUE USAN			
57	Tengo entendido que Ud cuando hoy vino a esta posta Usaba un metodo anticonceptivo ¿Es correcto?	Si estaba usando No estaba usando	1 2 Reg P39
58	¿Que metodos anticonceptivos estaba usando?	Pildora DIU Inyectable Condon Tableta Estenizacion femenina NorplanT Lactancia materna Ritmo/abst periodica Otro _____ No sabe	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 98
59	¿Tuvo algun problema con el metodo que estaba usando para cambiarlo o dejar la planificacion familiar?	Si No	1 2 Reg P55
60	¿Por que quiere cambiar de metodo o dejar la planificacion familiar? (Marque solo una respuesta)	Efectos colaterales Al esposo/pareja no le gusta el metodo Presion de otros Temor de Infertilidad Deseo de embarazo No le gustó el metodo El metodo no esta disponible/dificil de obtener Otro _____ No sabe	1 2 3 4 5 → 63 6 7 8 98
61	Cuando decio usar ese metodo ¿La persona que la atendio le dijo que le podria suceder esos problemas?	Si No No sabe	1 2 → 63 98
62	¿Le dijo que hacer sobre el problema?	Si No No sabe	1 2 98

Nro	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A:
63	Despues de la consulta de hoy ¿Siempre que sus problemas han sido atendidos satisfactoriamente?	Si No Parcialmente No sabe	1 2 3 98
64	Ahora ¿Qué decision va tomar acerca de la Planificacion Familiar? (marque solo una respuesta)	Cambiar a un nuevo metodo Continuar con el mismo método Dejar de usar metodos No sabe	1 2 3 98 → 69 → 109 → 69
65	¿Que metodo va utilizar a partir de ahora?	SI NO 1 Pildora 2 DIU 3 Inyectable 4 Norplant 5 Condón 6 Tableta/ovulo 7 Esterilizacion femenina 8 Lactancia materna 9 Ritmo/abst periódica 10 Otro _____ No sabe	1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 98
66	¿La persona que la atendio le hablo sobre otros metodos?	Si No No sabe	1 2 98
67	¿Le dijeron que podria cambiar de metodo si no estaba satisfecha con el que ha elegido?	Si No No sabe	1 2 98
68	¿Le señalaron otros lugares en los que Ud podria conseguir el metodo que eligió?	Si No No sabe	1 2 98
69	DE LA PREGUNTA 58 O 65 ENCIERRE CON UN CIRCULO EL METODO MAS EFECTIVO QUE AHORA ESTA UTILIZANDO LA CLIENTE Y DIGA <i>Ahora me gustaria preguntarte sobre el uso</i> (Lea el metodo)	Pildora DIU Inyectable Condon Tableta Esterilizacion femenina Norplan Lactancia materna Ritmo/abst periodica Otro _____ No sabe	1 → 70 2 → 79 3 → 87 4 → 95 5 6 → 100 7 8 9 → 109 10 98
PARA USUARIAS DE PILDORAS			
70	¿En que dia de su ciclo menstrual la mujer debe empezar a tomar la pildora?	Entre el 1er y 5to dia del periodo menstrual Alguna otra respuesta No sabe	1 2 98
71	¿Con que frecuencia la mujer debe tomar la pildora anticonceptiva?	Una vez al dia Alguna otra respuesta No sabe	1 2 98

Nro	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A.
72	Si una mujer se olvida tomar su pildora por un día. ¿Qué debe hacer?	Tomar uno inmediatamente Alguna otra respuesta No sabe	1 2 98
73	Las pildoras ¿Protegen a la mujer contra las ETS y el VIH/SIDA?	Si Parcialmente No No sabe	1 2 3 98
74	Hasta donde Ud sabe ¿Que problemas podria tener una mujer cuando toma pildoras?	SI NO 1 Nauseas 1 2 2 Dolor de cabeza 1 2 3 Sangrado 1 2 4 Perdida o ganancia de peso 1 2 5 Cancer 1 2 6 Infertilidad 1 2 7 Otro _____ 8 Ningun problema 77 9 No sabe 98	
75	A parte de las visitas regulares o para recoger su metodo ¿Por que problemas una mujer que usa las pildoras deberia regresar al servicio de PF?	SI NO 1 Dolor en el pecho/falta de resp 1 2 2 Dolor de cabeza 1 2 3 Perdida/nubla vision 1 2 4 Dolor del vientre 1 2 5 Dolor de piernas 1 2 6 retraso del periodo 1 2 7 Otro _____ 8 Ningun problema 77 9 No sabe 98	
76	Hoy ¿le dieron pildoras?	Si No No sabe	1 2 98 → 78
77	¿A donde ira a conseguir sus pildoras?	Hoy en otro servicio del establecimiento Regresara al establecimiento otro dia Otro establecimiento de salud Farmacia/consulta privada/comercio Distribucion comunitana Otro _____ No sabe	1 2 3 4 5 6 98
78	Pasa a pregunta 109		
PARA USUARIAS DE DIU			
79	La visita que hoy realizo al establecimiento fue ¿Para ponerse el DIU (o la T) sacarselo o para controlarse?	Insercion Retiro Chequeo	1 2 3
80	¿Como debe controlarse a si misma una mujer para asegurarse que el DIU (o la T) esta en su lugar? (MARACAR TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)	SI NO 1 Chequear el hilo regularmente 1 2 2 Ir al establecimiento de salud 2 3 Alguna otra respuesta 3 4 No sabe 98	

Nro	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A.																																				
81	Hasta donde Ud sabe ¿Que problemas podria tener una mujer que usa DIU (o la T)?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 Colicos menstruales</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>2 Gotas o sangrado entre reglas</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>3 Dolor de espalda/cintura</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>4 Infección/enf Infiamatoria pelvica</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>5 Desenso vaginal</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>6 Infertilidad</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>7 Otro _____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8 Ningun problema</td><td></td><td>77</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td></td><td>98</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	1 Colicos menstruales	1	2	2 Gotas o sangrado entre reglas	1	2	3 Dolor de espalda/cintura	1	2	4 Infección/enf Infiamatoria pelvica	1	2	5 Desenso vaginal	1	2	6 Infertilidad	1	2	7 Otro _____			8 Ningun problema		77	No sabe		98							
	SI	NO																																					
1 Colicos menstruales	1	2																																					
2 Gotas o sangrado entre reglas	1	2																																					
3 Dolor de espalda/cintura	1	2																																					
4 Infección/enf Infiamatoria pelvica	1	2																																					
5 Desenso vaginal	1	2																																					
6 Infertilidad	1	2																																					
7 Otro _____																																							
8 Ningun problema		77																																					
No sabe		98																																					
82	Despues que se ha puesto el DIU ¿Que tiempo tiene que pasar para que una mujer regrese al servicio para su pnmer chequeo? (Marque solo una respuesta)	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Despues de un mes</td><td>1</td></tr> <tr><td>Despues de tres meses</td><td>2</td></tr> <tr><td>Despues de un año</td><td>3</td></tr> <tr><td>Algun otro tiempo</td><td>4</td></tr> <tr><td>No necesita regresar</td><td>5</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>98</td></tr> </tbody> </table>	Despues de un mes	1	Despues de tres meses	2	Despues de un año	3	Algun otro tiempo	4	No necesita regresar	5	No sabe	98																									
Despues de un mes	1																																						
Despues de tres meses	2																																						
Despues de un año	3																																						
Algun otro tiempo	4																																						
No necesita regresar	5																																						
No sabe	98																																						
83	A parte de las visitas de control ¿Por que problema(s) una mujer que usa DIU deberia regresar al servicio de PF?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 Descenso/flujo vaginal abundante</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>2 Gotas/sangrado anormal</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>3 Expulsion/no puede sentir el hilo</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>4 Dolor del vientre</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>5 Calambre severo</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>6 Dolor al tener relaciones sexuales</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>7 Dolor de espalda</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>8 Retraso en el penodo menstrual</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>9 No sentirse bien</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>10 Ningun problema</td><td></td><td>77</td></tr> <tr><td>11 No sabe</td><td></td><td>98</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	1 Descenso/flujo vaginal abundante	1	2	2 Gotas/sangrado anormal	1	2	3 Expulsion/no puede sentir el hilo	1	2	4 Dolor del vientre	1	2	5 Calambre severo	1	2	6 Dolor al tener relaciones sexuales	1	2	7 Dolor de espalda	1	2	8 Retraso en el penodo menstrual	1	2	9 No sentirse bien	1	2	10 Ningun problema		77	11 No sabe		98	
	SI	NO																																					
1 Descenso/flujo vaginal abundante	1	2																																					
2 Gotas/sangrado anormal	1	2																																					
3 Expulsion/no puede sentir el hilo	1	2																																					
4 Dolor del vientre	1	2																																					
5 Calambre severo	1	2																																					
6 Dolor al tener relaciones sexuales	1	2																																					
7 Dolor de espalda	1	2																																					
8 Retraso en el penodo menstrual	1	2																																					
9 No sentirse bien	1	2																																					
10 Ningun problema		77																																					
11 No sabe		98																																					
84	Una vez puesto el DIU ¿Por cuantos anos le protege a la mujer contra el embarazo a la mujer?	<table border="1"> <tbody> <tr><td>_____ años</td><td></td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>98</td></tr> </tbody> </table>	_____ años		No sabe	98																																	
_____ años																																							
No sabe	98																																						
85	El DIU ¿Protege a la mujer contra las ETS y el VIH/SIDA?	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>Parcialmente</td><td>2</td></tr> <tr><td>No</td><td>3</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>98</td></tr> </tbody> </table>	Si	1	Parcialmente	2	No	3	No sabe	98																													
Si	1																																						
Parcialmente	2																																						
No	3																																						
No sabe	98																																						
86	Pasa a pregunta 109																																						
PARA USUARIAS DE INYECTABLES																																							
87	¿Le pusieron hoy alguna ampolla para que no se embarace?	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Si</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	Si	1	No	2	→ 89																																
Si	1																																						
No	2																																						
88	¿Ha donde ira a ponerse sus ampollas?	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Hoy en otro servicio del establecimiento</td><td>1</td></tr> <tr><td>Regresara al establecimiento otro dia</td><td>2</td></tr> <tr><td>Otro establecimiento de salud</td><td>3</td></tr> <tr><td>Farmacia/consulta privada/comercio</td><td>4</td></tr> <tr><td>Distribucion comunitaria</td><td>5</td></tr> <tr><td>Otro _____</td><td>6</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td>98</td></tr> </tbody> </table>	Hoy en otro servicio del establecimiento	1	Regresara al establecimiento otro dia	2	Otro establecimiento de salud	3	Farmacia/consulta privada/comercio	4	Distribucion comunitaria	5	Otro _____	6	No sabe	98																							
Hoy en otro servicio del establecimiento	1																																						
Regresara al establecimiento otro dia	2																																						
Otro establecimiento de salud	3																																						
Farmacia/consulta privada/comercio	4																																						
Distribucion comunitaria	5																																						
Otro _____	6																																						
No sabe	98																																						

Nro	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A:
89	¿Que tipo de ampolla le pusieron/se pondra?	Depoprovera - 1 Nonsterat 2 Otro _____ 3 No sabe 98	
90	¿Cada cuanto tiempo debe ponerse esa ampolla/metodo inyectable?	Cada mes 1 Cada 2 meses 2 Cada 3 meses 3 Algún otro intervalo 4 No sabe 98	
91	Hasta donde Ud sabe ¿Que problemas podna tener una mujer que usa el inyectable/la ampolla?	SI NO 1 Nauseas 1 2 2 Sangrado irregular 1 2 3 Dolor de cabeza 1 2 4 Aumento/disminucion de peso 1 2 5 Infertilidad 1 2 6 Ausencia de periodo 1 2 7 Otro _____ 8 Ningun problema 77 9 No sabe 98	
92	A parte de las visitas de control ¿Por que problema(s) una mujer que usa inyectable/ampolla deberia regresar al servicio de PF?	SI NO 1 Dolor en el pecho/falta de resp 1 2 2 Dolor de cabeza 1 2 3 Perdida/nubla visión 1 2 4 Dolor del vientre 1 2 5 Dolor de piernas 1 2 6 Retraso del periodo 1 2 7 Sangrado entre el periodo 1 2 8 Deseos frecuentes de orinar 1 2 9 Otro _____ 10 Ningun problema 77 11 No sabe 98	
93	Los inyectables o las ampollas ¿Protegen a la mujer contra las ETS y el VIH/SIDA?	Si 1 Parcialmente 2 No 3 No sabe 98	
94	Pasa a pregunta 109		
PARA USUARIAS DE CONDON Y ESPERMICIDAS			
95	Los condones/tableta ¿Protegen a la mujer contra las ETS y el VIH/SIDA?	Si 1 Parcialmente 2 No 3 No sabe 98	
96	¿Le entregaron hoy condones y o espermicidas (jalea crema tableta)?	Si 1 No 2 No sabe 98	→ 98

Nro	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A:																											
97	¿Donde conseguirá sus condones y/o tableta)? (marca solo una respuesta)	Hoy en otro servicio del establecimiento 1 Regresara al establecimiento otro día 2 Otro establecimiento de salud 3 Farmacia/consulta privada/comercio 4 Distribución comunitaria 5 Otro _____ 6 No sabe 98	→109																											
98	Una vez que haya terminado de usar sus condones o espermicidas (crema jalea tableta) ¿Donde acudira para conseguir mas?	Este establecimiento 1 Otro establecimiento 2 Farmacia/consulta privada/comercio 3 Distribucion comunitaria 4 Otro _____ 5 No sabe 98																												
99	Pasa a pregunta 109																													
PARA USUARIAS DE AQV																														
100	La visita que hoy realizó al establecimiento fue ¿Para hacerse la operación quitarse los puntos o para controlarse?	Operacion 1 Quitarse los puntos 2 Control 3																												
101	Hasta donde Ud sabe ¿Que problemas podria tener una mujer que se hizo la ligadura)?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Colicos</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2 Sangrado frecuente</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 Dolor de cabeza</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4 Dolor al tener relaciones sexuales</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5 Mareos/Desmayos</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6 Otro _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7 Ningun problema</td> <td></td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td></td> <td>98</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	1 Colicos	1	2	2 Sangrado frecuente	1	2	3 Dolor de cabeza	1	2	4 Dolor al tener relaciones sexuales	1	2	5 Mareos/Desmayos	1	2	6 Otro _____			7 Ningun problema		77	No sabe		98	✓
	SI	NO																												
1 Colicos	1	2																												
2 Sangrado frecuente	1	2																												
3 Dolor de cabeza	1	2																												
4 Dolor al tener relaciones sexuales	1	2																												
5 Mareos/Desmayos	1	2																												
6 Otro _____																														
7 Ningun problema		77																												
No sabe		98																												
102	Despues de la operacion ¿Cuantos dias tiene que pasar para que una mujer regrese a sacarse los puntos? (Marque solo una respuesta)	Al dia siguiente 1 De 5 a 7 dias 2 Algun otro tiempo 3 No necesita regresar 4 No sabe 98																												
103	A parte de las visitas de control ¿Por que problema(s) una mujer que ligada deberia regresar al servicio de PF?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Fiebre (Mas de 38 grados)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2 Mareos/desmayos</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 Dolor en el abdomen/vientre</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4 Sangre/fluidos salen por la henda</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5 No sentirse bien</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6 Otro _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7 Ningun problema</td> <td></td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td></td> <td>98</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	1 Fiebre (Mas de 38 grados)	1	2	2 Mareos/desmayos	1	2	3 Dolor en el abdomen/vientre	1	2	4 Sangre/fluidos salen por la henda	1	2	5 No sentirse bien	1	2	6 Otro _____			7 Ningun problema		77	No sabe		98	
	SI	NO																												
1 Fiebre (Mas de 38 grados)	1	2																												
2 Mareos/desmayos	1	2																												
3 Dolor en el abdomen/vientre	1	2																												
4 Sangre/fluidos salen por la henda	1	2																												
5 No sentirse bien	1	2																												
6 Otro _____																														
7 Ningun problema		77																												
No sabe		98																												
104	¿Cuanto tiempo debe guardar reposo (no hacer fuerza) una mujer que ha sido ligada?	Una semana 1 Algun otro intervalo 2 No sabe 98																												

Nro	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A:
105	Después de la operación, ¿la menstruación de la mujer seguirá igual que siempre?	Si 1 No 2 No sabe 98	
106	Después de la operación, ¿la mujer podrá tener hijos?	Si 1 No 2 No sabe 98	
107	Las mujeres que están ligadas ¿Están protegidas contra las ETS y el VIH/SIDA?	Si 1 Parcialmente 2 No 3 No sabe 98	
108	Pasa a pregunta 109		
PARA TODAS LAS ENTREVISTADAS			
109	Algunas mujeres se embarazan sin haberlo deseado ¿En el pasado Ud ha tenido algun embarazo no deseado?	Si 1 No 2	→ 111
110	¿Que hizo la ultima vez que sucedio?	Nada continuar con el embarazo 1 Intento detener el embarazo y no sucedió 2 Intento detener el embarazo y sucedió 3 Otro _____ 4 No sabe 98	
111	¿Sabe que hay enfermedades que se transmiten por las relaciones sexuales?	Si 1 No 2 No sabe 98	→ 113
112	De lo que ha escuchado o leído ¿Cuales son los sintoma y signos mas comunes de las ETS?	SI NO 1 Flujo vaginal anormal 1 2 2 Sangrado vaginal anormal 1 2 3 Comezon en los genitales 1 2 4 Heridas/Ulceraciones 1 2 5 Dolor en el vientre 1 2 6 Dolor al tener relaciones sexuales 1 2 7 Dolor al orinar 1 2 8 Verrugas 1 2 9 Perdida de peso 1 2 10 Diarrea (prolongada) 1 2 11 Otro _____ 12 No sabe 98	
113	¿Ha escuchado sobre el VIH/SIDA?	Si 1 No 2 No sabe 98	→ 117
114	Sabe ¿Cuales son las formas en se adquiere el virus que causa el SIDA?	SI NO 1 Relaciones sexuales 1 2 2 Transfusion sanguinea 1 2 3 Agujas/inyectables 1 2 4 De madre a hijo (embarazo/parto) 1 2 5 Otro _____ 6 No sabe 98	

Nro	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS		PASE A.
115	¿Sabe cómo protegerse contra las ETS incluido el VIH/SIDA?	Si	1	→ 117
		No	2	
116	¿Cuales son las formas de protegerse a si mismas?		SI NO	
		1 Tener sexo sólo con la pareja	1 2	
		2 Animar al otro para que sea fiel	1 2	
		3 Usar condón	1 2	
		4 Evitar compartir agujas	1 2	
		5 Otro _____		
		6 No sabe	98	
117	¿Alguna vez a conversado sobre PF con su esposo/pareja actual?	Si	1	
		No	2	
118	¿Sabe su esposo/pareja que Ud usa un metodo de PF? (SOLO PARA LAS USUARIAS DE METODOS)	Si	1	
		No	2	
		No sabe	98	
119	La obstetriz ¿le pregunto si Ud estaria de acuerdo para que su esposo/pareja la acompañe a la consulta de PF?	Si	1	
		No	2	
		No sabe	98	
120	¿Está de acuerdo con que su esposo/pareja participe en la PF?	Si	1	
		No	2	
		No sabe	98	
121	¿Quien es el responsable de evitar los embarazos no deseados? (LEER ALTERNATIVAS)	Mujer	1	
		Hombre	2	
		Ambos	3	
		No sabe	98	
122	¿Quien es el responsable de evitar las ETS? (LEER ALTERNATIVAS)	Mujer	1	
		Hombre	2	
		Ambos	3	
		No sabe	98	
123	¿Quien debe responsabilizarse del uso de los metodos anticonceptivos?	Mujer	1	→ 125 → 126 → 126
		Hombre	2	
		Ambos	3	
		No sabe	98	
124	¿Por que razones la mujer deberia responsabilizarse del uso efectivo de los metodos anticonceptivos?		SI NO	→ 126
		1 Hombres irresponsables	1 2	
		2 Mas seguro con metodo de mujeres	1 2	
		3 La mujer es quien se embaraza	1 2	
		4 El varón se opone al uso de la mujer	1 2	
		5 Varon se opone a usar el condon	1 2	
		6 Mas comodo se evita molestias	1 2	
		7 Existen mas metodos para la mujer	1 2	
		8 Otro _____		
		9 No sabe	98	

Nro	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASEA:																								
125	¿Por que razones el hombre debena responsabilizarse del uso efectivo de los metodos anticonceptivos?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Evitar efectos secundarios</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Compartir responsabilidades</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Desconfianza en met. de mujeres</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Mayor seguridad</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Más cómodo se evita molestias</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Otro _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>No sabe</td> <td>98</td> </tr> </table>		SI	NO	1	Evitar efectos secundarios	1 2	2	Compartir responsabilidades	1 2	3	Desconfianza en met. de mujeres	1 2	4	Mayor seguridad	1 2	5	Más cómodo se evita molestias	1 2	6	Otro _____		7	No sabe	98	
	SI	NO																									
1	Evitar efectos secundarios	1 2																									
2	Compartir responsabilidades	1 2																									
3	Desconfianza en met. de mujeres	1 2																									
4	Mayor seguridad	1 2																									
5	Más cómodo se evita molestias	1 2																									
6	Otro _____																										
7	No sabe	98																									
126	¿Por que razones el hombre acompaña a la mujer a los servicios de PF?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Para apoyarla</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Por celos</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Mujer teme que la vea el medico</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Otro _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>No sabe</td> <td>98</td> </tr> </table>		SI	NO	1	Para apoyarla	1 2	2	Por celos	1 2	3	Mujer teme que la vea el medico	1 2	4	Otro _____		5	No sabe	98							
	SI	NO																									
1	Para apoyarla	1 2																									
2	Por celos	1 2																									
3	Mujer teme que la vea el medico	1 2																									
4	Otro _____																										
5	No sabe	98																									
127	¿Debe intervenir el hombre en la elección de los métodos anticonceptivos?	<table border="0"> <tr> <td>Si</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>98</td> </tr> </table>	Si	1	No	2	No sabe	98																			
Si	1																										
No	2																										
No sabe	98																										
128	Cuando hay un desacuerdo ¿Quien debe tomar la ultima decisión? (LEER ALTERNATIVAS)	<table border="0"> <tr> <td>Mujer</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Hombre</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ambos</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>98</td> </tr> </table>	Mujer	1	Hombre	2	Ambos	3	No sabe	98																	
Mujer	1																										
Hombre	2																										
Ambos	3																										
No sabe	98																										

Fin de la entrevista:

Terminar la entrevista señalando **"Muchas gracias por responder nuestras preguntas, ¿Tiene alguna duda?"**

Responda sus dudas y continúe con otra entrevista

GRUPO FOCAL CON PROMOTORES/AS

Numero 4-8 participantes

Tiempo 2 horas

Materiales grabadora, casetes, refrigerios

GUIA DE TRABAJO CON GRUPOS FOCALES

1 PRESENTACION

Presentarse, agradecer su participacion, explicar brevemente el motivo de la reunion del grupo

Pedir a cada uno de su nombre y de donde es

Explicar que todas las opiniones son importantes, todas son valiosas, tambien los acuerdos y los desacuerdos

2 QUIENES SON LAS/LOS PROMOTORAS/ES

- a) Como llegaron a ser promotores de salud o de planificacion familiar?
- b) ¿Desde cuando son promotores de la ONG ? hasta cuando es su cargo de promotor(a)? ¿como fueron elegidos?
¿Pertener a alguna organizacion?
- c) ¿Tienen otro trabajo? ¿en que consiste?

3 CAPACITACION

- a) ¿Han tenido alguna capacitacion para ser promotoras/es?
En que consistio? que temas?
- b) ¿Quien las capacito?
- c) ¿antes de ser promotoras(es), recibieron alguna otra capacitacion?
- d) Fueron al colegio? si si, hasta que año?

4 EXPERIENCIA

- a) ¿que es lo mas importante que aprendieron como promotoras/es?
- b) ¿cuales son las tareas mas importantes de una promotora o promotor?
¿Como es su trabajo/labor como promotora? ¿puede describirse que se describa un dia de la promotora o promotor? ¿Que

servicios dan?

- c) ¿a quienes se dirige? mujeres?, varones?, jóvenes? parejas?
- d) ¿Que problemas tienen Uds con su trabajo como promotores?
- e) ¿Que es lo que mas le agrada y lo que mas le desagrada de su trabajo como promotor(a)?
- f) Si tuviera que dejar el cargo a otro promotor sin experiencia ¿que consejos le darian?
- g) ¿que relacion tienen con la ONG? ¿como coordina? dan informes? participa en la planificacion? tienen reuniones? otros?
- h) ¿como podria mejorar el trabajo de la ONG que le aconsejaria?

5 SALUD REPRODUCTIVA

- a) Quienes solicitan PF? Que metodos prefieren la gente?
- b) Que opinan las mujeres sobre la PF?
- c) Que opinan los varones sobre la PF/ anticonceptivos?
- d) Quienes y por que estan en desacuerdo con la PF?
- e) ¿Quien deberia decidir sobre tener hijos o no?

(Si no salieron temores en las preguntas c) y d), insistir)

- f) ¿Que temores tiene la gente frente a los anticonceptivos/planificacion familiar? Aque se deben estos temores?
- g) ¿Que problemas de salud reproductiva se presentan?

6 RELACIONES DE GENERO

- a) Como esta la situacion de salud de las mujeres en su comunidad?
- b) ¿se presentan problemas de violencia y maltrato? ¿por que?
- c) En la pareja quien decide sobre el uso de anticoncepcion?
Que problemas hay entre las parejas en relacion a pianificacion familiar? Como les aconsejan?
- d) ¿han intentado trabajar con varones de la comunidad? con los jóvenes? ¿Como lo hicieron?
- e) ¿Es diferente la respuesta de la comunidad si el promotor es varon o es mujer? Quienes tiene mas aceptacion y por que?

7 LA EXPERIENCIA PROPIA EN PF

¿Cual fue su propia experiencia en planificacion familiar? ¿a quien
acudio?

¿que dificultades han tenido? que les ha dado resultado?

GUIA DE ENTREVISTA USUARIA

Presentarse, solicitar su colaboracion que es muy importante para mejorar los servicios de la ONG

1 PARA ROMPER EL HIELO

¿De donde es Ud ?

¿Cuántas hermanas y hermanos tiene?

¿Cuántas hijas e hijos tiene?

¿A que edad fue su primer compromiso? que edad tenia cuando nacio su primer hijo o hija? Habia decidido tenerlo o hubiera preferido esperar?

2 PLANIFICACION FAMILIAR

Como se entero que habia formas para no tener hijos?

¿Usa algun metodo? quien decidio? por que escogio ese metodo?

Ha tenido algun problema con los metodos?

Para que sirve la planificacion familiar?

Su pareja usa algun metodo? cual?

3 RELACION CON LA ONG

¿Desde cuando conoce la ONG ? ¿Como se entero que le dijeron?

¿Quien la ha atendido?

Ha recibido capacitacion, charlas, consejo? le ayudo en sus problemas?

Conoce quienes son promotoras o promotores? que hacen? que opina de lo que hacen?

Aparte de la ONG, conoce otras postas o centros donde hay servicios de PF o de salud? Ha ido a estos otros centros ¿Cual le parece mejor? en que es mejor?

4 SITUACION DE LAS MUJERES

Cual es la situacion de las mujeres?

Cree que las mujeres tienen derecho a decidir cuantos hijos tener?

Que pasa si la pareja no esta de acuerdo?

Hay problemas de violencia o maltrato familiar?

Que hacen las mujeres frente a estos problemas?

Es importante que los hombres usen anticonceptivos?

¿que problemas de salud sufren mas las mujeres de la comunidad?

ANEXO N° 02

CAPACITACIONES REALIZADAS

ACTIVIDADES	PARTIC (TOTAL)	LUGAR	FECHA
Curso Taller "Técnicas de venta"	71	Provincia	29 al 30 04 94
Taller de Calidad Total en los servicios de planificación familiar	38	Provincia	18 al 19 07 94
Pasantía de AQV	30	Provincia-Lima	06 al 08 07 94 09 y 10 07 94 17 y 18 07 94
Curso Diseño y Evaluación de Proyectos de Inversión para la pequeña Empresa	18	Provincia Lima	22 al 26 08 94
Curso Teórico práctico para Instructores de PFN para la implementación de estos servicios en las APF's	30	Provincia	05 al 09 09 94
Curso de Unificación de criterios para personal nuevo de APF's	50	Provincia	12 al 16 09 94 22 al 24 09 94 20 al 21 10 94 25 al 26 10 94
Taller de Implementación de la Calidad en los Servicios de Salud y F	233		18 y 19 10 94 21 y 22 10 94 19 al 22 10 94 08 al 11 11 94 06 y 07 12 94
Reunión de Evaluación y Programación de PF Oct 95 a Sep 96	09	Lima	04 al 07 07 95
Curso Taller de Sistemas de Información	45	Provincias	13 al 20 07 95 18 al 20 07 95
Reunión de Programación y Eval PF APF's Oct 95 a Sep 96	22	Lima	01 al 04 08 95
Taller de PFN - Cusco Lima	45	Provincia Lima	11 al 15 09 95 25 al 29 09 95
Pasantía de AQV	25	Provincia	01 al 07 02 95
Curso de Formación de promotores de Planificación Familiar	145	Provincia	03 al 11 02 94 23 al 25 01 95
Jornada de Trabajo de IEC	180	Provincia	20 y 21 02 95 27 y 28 02 95 15 al 17 03 95 20 al 24 03 95
II Jornada Científica de Mac	45	Lima	31 03 y 01 04 95
II Jornada Científica de Mac	40	Provincia	06 y 07 04 95

ACTIVIDADES	PARTIC (TOTAL)	LUGAR	FECHA
Planeamiento Estrat Comunic PF	39	Lima	17 al 22 04 95
Jornada de Trabajo Rural P F	20	Lima	16 al 19 05 95
Taller de Consejeria P F	120	Lima Provincia	25, 26 y 27 05 95
Forum Situacion politicas VIH	94	Lima	01 06 95
Taller de Consejeria en ETS/VIH	34	Lima	02 y 03 06 95
II Jornada Cientifica de Mac	57	Provincia	08-09, 12-13 06 95
Taller de Capacitacion en PFN - Trujillo	39	Provincia	10 al 12 01 96
Curso Taller de Educacion Sexual y Planificacion Familiar - Cusco	15	Provincia	12 al 13 01 96
Curso Taller de Metodos Naturales - Puno	29	Provincia	02 al 03 02 96
Curso Taller de Actualizacion en Gineco Obstetricia y Farmacologia - Cuzco	25	Provincia	02 al 03 02 96
Curso Taller de Capacitacion a Promotores en Salud Sexual, Reproductiva y Desarrollo de la Mujer - Huancayo	40	Provincia	Mes de febrero (03 dias)
Curso Taller de Capacitacion a promotores en Salud Sexual, Reproductiva y Desarrollo de la Mujer - Tarapoto	40	Provincia	Mes de febrero (03 dias)
Curso Taller de Capacitacion a Promotores en Salud Sexual, Reproductiva Desarrollo de la Mujer y el SIDA (Refrescamiento) Hyo	40	Provincia	Mes de febrero (03 dias)
Curso Taller de Capacitacion a Promotores en Salud Sexual, Reproductiva, Desarrollo de la Mujer y SIDA (Refrescamiento) Tarapoto	40	Provincia	Mes de febrero (03 dias)
Curso de Capacitacion en Consejeria en PF y AQV Capacitacion en Tecnicas de AQV Minilaparatomia y Vasectomia - Cusco	18	Provincia	15 al 17 02 96
V Curso Taller de Planificacion Familiar para Promotores Voluntarios - Puno	85	Provincia	26 al 29 03 96

ACTIVIDADES	PARTIC (TOTAL)	LUGAR	FECHA
Curso Basico de Planificacion Familiar - Trujillo	16	Provincia	27 al 29 03 96
Curso Replica del Metodo de Lactancia Materna y Amenorrea (MELA)- Puno	16	Provincia	08 al 09 04 96
Taller de Promocion de Servicios - Otuzco	53	Provincia	11 04 96
Taller de Promocion de Servicios - Trujillo	28	Provincia	12 04 96
Taller de Promocion de Servicios - Chepen	33	Provincia	18 04 96
Curso Taller de Promocion Puno	40	Provincia	18 al 19 04 96
Curso de Refrescamiento de Planificacion Familiar - Trujillo	27	Provincia	21 05 96
Curso Basico de Planificacion Familiar - Chepen	30	Provincia	22 05 96
Curso Taller de Prevencion de Infecciones en los Servicios Salud Reproductiva - Cusco - Taller de Promocion de Servicios IEC - Cusco	32	Provincia	22 al 23 05 96
Curso Teorico Practico de Asepsia - Trujillo	31	Provincia	24 al 25 05 96
Curso Taller de Prevencion de Infecciones en los Servicios Salud Reproductiva - Puno	21	Provincia	26 al 27 05 96
Curso Taller de Metodo de Lactancia Materna y Amenorrea "MELA" - Cusco	18	Provincia	30 al 31 05 96
Seminario Taller sobre Resultados de Investigacion Cualitativa en Salud Reproductiva en Peru y Brasil	1° dia 80 2° dia 67	Lima	23 al 24 05 96
Curso Taller de Refuerzo para Instructoras de Planificacion Familiar en Metodos Naturales - Cusco	14	Provincia	25 de Julio
Curso de RHA Autoconciencia en Salud Reproductiva - ASR El Porvenir - Trujillo	21	Provincia	25 al 27 04 96

ANEXO N° 03

FLUJOGRAMAS DE ATENCION

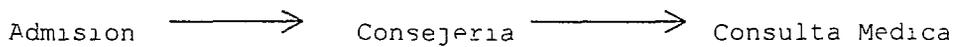
ANEXO N° 03

FLUJOGRAMA - Prestación de Servicios

A continuación se muestran los flujogramas de prestación de atención en Planificación en los diferentes establecimientos evaluados

TRUJILLO (Todas las clínicas)

Tanto en pacientes nuevos como continuadores, es como sigue

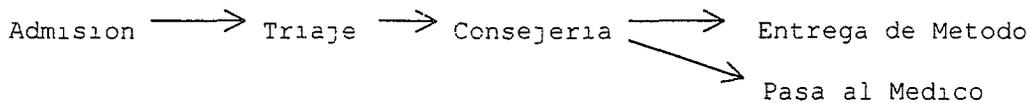


CUSCO - CLÍNICA CENTRAL

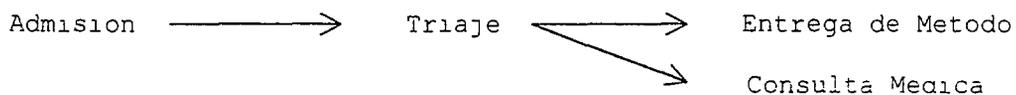
Usuarios nuevos



En caso de planificación familiar

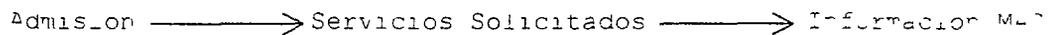


Usuarios continuadores

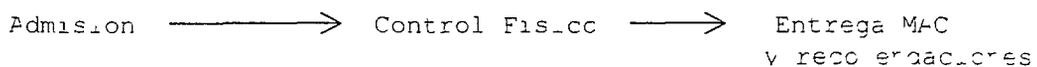


CUSCO - SIMON HERRERA

Usuarios nuevos



Usuarios antiguos



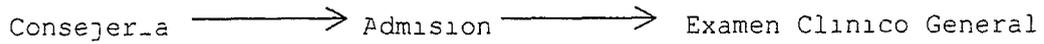
CUSCO - CALCA

Usuarios nuevos y antiguos

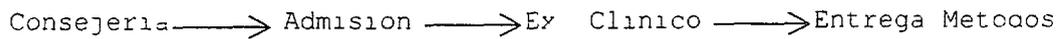


CUSCO - SAN PEDRO

Usuarios nuevos

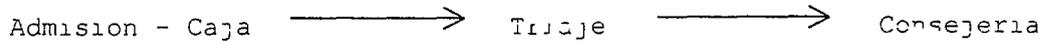


Usuarios continuadores

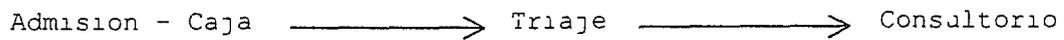


PUNO - CLÍNICA CENTRAL

Usuarios nuevos

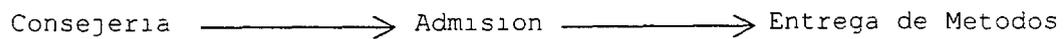


Usuarios continuadores



PUNO - SERVICIO MOVIL

Usuarios nuevos

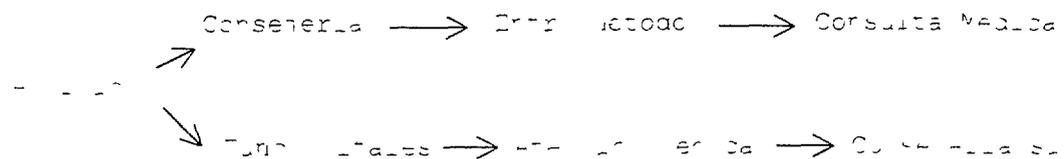


Usuarios continuadores



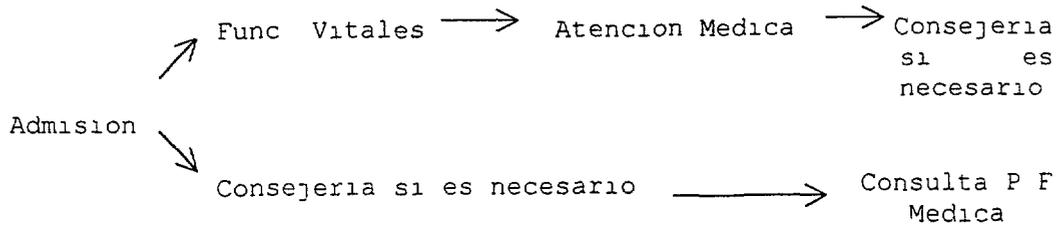
TARAPOTO

Usuarios nuevos



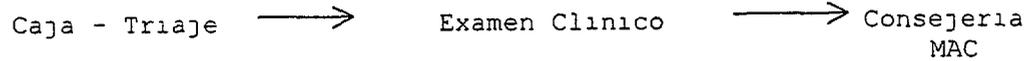
es necesario

Usuarios continuadores

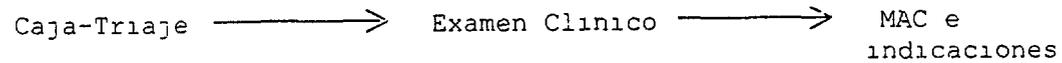


JUNIN - CLINICA CENTRAL HUANCAYO

Usuarios nuevos

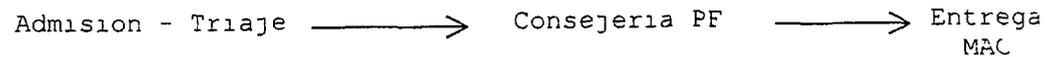


Usuarios antiguos

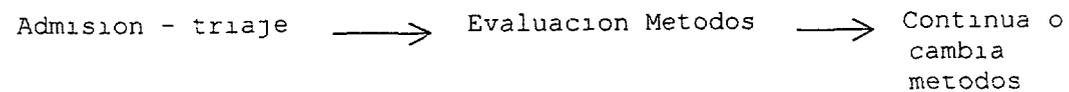


JUNIN - CHUPACA

Usuarios Nuevos

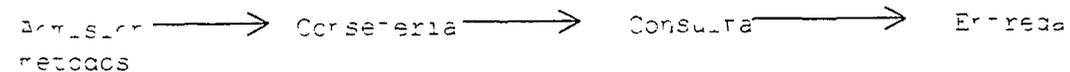


Usuarios Continuadores



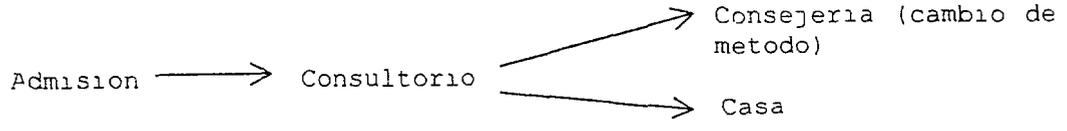
LIMA - TODAS LAS CLÍNICAS

Usuarios Nuevos



ANEXO N° 04
PRODUCCION DE LOS SERVICIOS

Usuarios Continuadores



BEST AVAILABLE COPY

DETALLE	INPADES		SEMPROE		FRSMA TOLINO		PLANIFAM		PLANIFAM		
	OCTUBRE 2019										
A PRESUPUESTO (US\$)	168 802	128 505		73 331	84 654		89 555	91 321		41 066	57 807
B PRODUCCION											
B 1 CLINICA											
ATENCIÓN DE ES P F	24 314	556	5 565	17	543	3 097	5	68	803	972	3 893
ATENCIÓNES NO P F	28 431	568	9 348	3 6	5 467	1 931	1 79	1 272	832	1 228	1 620
TOTAL ATENCIONES	52 745	26 124	14 913	1 703	7 010	5 028	2 272	2 438	1 632	6 200	5 713
PACIENTES P F	24 38									1 037	
PACIENTES NO P F	6 238									920	
TOTAL PACIENTES	40 376									1 957	
USUARIOS NUEVOS P F											
USUARIOS SUJECIONES P											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											
TOTAL USUARIOS											
USUARIOS SUJECIONES P F											

DETALLE	INPPARES			CENPROF	PRISMA Trujillo			PLANIFAM			PLANFAMI		
	OCT94- SET95	OCT95- SET96	OCT96- AGO97		OCT94- SET95	OCT95- SET96	OCT96- AGO97	OCT94- SET95	OCT95- SET96	OCT96- AGO97	OCT94- SET95	OCT95- SET96	OCT96- AGO97
A TOTAL PRODUCCION													
ATENCIONES P F	27 567	11 556	5 565	1 707	1 543	3 097	2 456	6 191	4 448	9 307	8 942	3 942	
ATENCIONES NO P F	32 338	14 568	9 348	4 800	5 467	1 931	3 462	2 021	1 611	1 621	2 649	1 441	
TOTAL ATENCIONES	59 905	26 124	14 913	6 507	7 010	5 028	5 918	8 212	6 059	10 928	11 591	5 383	
PACIENTES P F	27 567	-	-	1 394	-	-	1 977	-	-	2 723	-	-	
PACIENTES NO P F	18 327	-	-	3 720	-	-	2 407	-	-	1 209	-	-	
TOTAL PACIENTES	45 894	-	-	5 114	-	-	4 384	-	-	3 932	-	-	
USUARIOS NUEVOS P F	-	2 947	1 418	-	560	819	-	2 609	1 024	-	5 315	1 606	
USUARIOS SUBSECUENTES P F	-	8 609	4 148	-	983	2 278	-	671	584	-	1 894	1 042	
TOTAL USUARIOS	-	11 556	5 566	-	1 543	3 097	-	3 280	1 608	-	7 209	2 648	
TOTAL APPS	24 923	8 441	4 715	6 051	987	510	8 028	2 657	1 673	4 903	4 151	1 459	
C COSTO/APPs	7	15		13	86		9	37		8	14		
D METODOS													
D 1 TEMPORALES													
CONDON	53 522	22 454	14 418	12 229	6 671	5 429	100 179	35 364	12 585	60 055	59 315	22 301	
PILDORA	38 990	29 501	20 606	5 416	1 334	1 957	6 230	2 626	1 897	577	803	419	
TABLETAS	35 247	11 530	3 639	8 959	4 967	1 938	26 136	6 530	3 405	56 018	49 429	12 675	
ESPUMA	134						17						
INYECTABLE	2 115	1 513	668	129	510	363	425	860	964	200	948	729	
D 2 LARGA DURACION													
DIU	4 068	980	528	622	191	56	944	261	130	904	652	207	
LIGADURA	214	66	29	189			152	42	19	8	3		
VASECTOMIA	83	37	14	6			19	9	12	20	21	7	